POUR UN PARTENARIAT ÉLARGI

PROJET DE POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE POUR LE QUÉBEC

COMITÉ
DE LA POLITIQUE
DE SANTÉ MENTALE

Québec

ISBN 2-550-17901-3
Dépôt légal, 3e trimestre 1987
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque Nationale du Canada

AVANT-PROPOS

L'annonce de la création, en juin 1986, par la Ministre de la Santé et des Services sociaux, d'un nouveau comité chargé de préparer un projet de politique en santé mentale pour le Québec, a provoqué du scepticisme chez certains et un "voilà-qu'on-recommence" chez les autres.

L'immensité de la tâche explique peut-être que très peu de pays se sont, jusqu'à maintenant, dotés d'une telle politique. Comme le souligne Leighton, la raison tient peut-être au fait que la maladie mentale chronique regroupe souvent des catégories résiduelles de problèmes médicaux et sociaux qui ont peu en commun, si ce n'est la durée et surtout la souffrance pour la personne, souvent accompagnée de problèmes de comportement. Il existe aussi une dimension additionnelle d'intensité et d'irrationnalité qui tient au fait que ce sont, dans bien des cas, des conditions que l'on ne comprend pas et que l'on juge comme imprévisibles.

Le malaise de notre société devant ces réalités peut nous amener à en nier l'existence ou encore à les sublimer en les inscrivant sous le vocable santé mentale. Viennent également s'ajouter le manque de connaissances et même l'utilisation insuffisante de celles que nous possédons déjà. Les troubles mentaux les plus sévères sont encore d'origine inconnue (schizophrénie, angoisse...). Les frontières restent floues et sont l'objet de controverses. Les mots dont on se sert pour décrire la réalité diffèrent selon les écoles de pensée.

Le Comité mis sur pied par la Ministre a vite fait de constater cette situation et accepté de composer avec ces écueils. Conscient de ses limites et de ne pas posséder le monopole du savoir, il s'est résolument mis à la tâche au cours de cette difficile mais fructueuse année durant laquelle les membres ont continué d'assumer une bonne partie de leurs responsabilités professionnelles.

Outre les Avis du Comité de la santé mentale du Québec dans lesquels il a largement puisé, le Comité a également bénéficié des travaux de la sous-commission des Affaires sociales sur la réinsertion sociale, présidée par madame Thérèse Lavoie-Roux. Les documents publiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux ont de plus alimenté la réflexion, de même que des consultations auprès de la commission Rochon.

La décision, prise dès les premiers instants, **de resituer la personne aux prises avec des problèmes mentaux au coeur de ce projet** nous a permis de moins mettre l'accent sur les questions d'idéologies, d'établissements et de structures. Nous ne sommes pas sans savoir que les attentes suscitées par ce projet de politique sont grandes, voire même trop grandes. Ceux qui voulaient "des recettes toutes faites" ou des modèles aux frontières fixes et au contenu bien arrêté seront déçus. Dans une démarche de **partenariat élargi, nous proposons** plutôt **que chacun**, depuis le simple citoyen jusqu'au responsable des décisions au niveau gouvernemental,

en passant par les intervenants en santé mentale, s'interroge sur ses attitudes, ses croyances de même que ses convictions par rapport à sa propre santé mentale et, au premier chef, par rapport aux exigences des personnes aux prises avec un problème d'ordre mental. Cet énoncé de politique doit être considéré comme un début. Il devra être évalué, révisé et adapté continuellement afin de contribuer véritablement à une amélioration de la santé mentale des Québécois.

À la fin de ce document, nous adressons nos remerciements à tous ceux et celles qui ont contribué à sa réalisation. Au nom des membres du Comité et de son secrétaire, j'aimerais tout particulièrement témoigner notre reconnaissance à Marc-André Maranda et Patricia Caris qui ont travaillé à la rédaction du texte final. Les efforts exigés d'eux ont souvent dépassé les limites du raisonnable.

Enfin, c'est aux membres du Comité eux-mêmes que revient la responsabilité du contenu de ce document. Issus de milieux différents, ils ont tenté de transcender les limites de cette appartenance pour dégager un front commun en faveur des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental. Je les en remercie chaleureusement.

Gaston P. Harnois, m.d.

REMERCIEMENTS

Le Comité remercie toutes celles et tous ceux qui l'ont appuyé dans la préparation de ce projet de politique.

Le lecteur trouvera, à la toute fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organismes auxquels le Comité tient à exprimer sa reconnaissance d'une façon très particulière.

Les membres du Comité de la politique de santé mentale:

Françoise B.-VIEN,
Jean-Claude FORTIN,
Vital GAUDREAULT,
Gaston HARNOIS, Président,
Denise LABERGE,
Paul-A. LAMARCHE,
Marie-Claire LE TOURNEUX,
Roger PAQUET,
Marguerite TREMBLAY.

Principaux collaborateurs:

Patricia CARIS,
Marc-André MARANDA,
Pierre VENDETTE, Secrétaire,
Claude VOISINE.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS i
REMERCIEMENTS iii
TABLE DES MATIÈRES iv
INTRODUCTION 1

PREMIÉRE PARTIE : DES ÉLÉMENTS POUR UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE 8

CHAPITRE I : Le point de vue des acteurs 10

1.1 "Je suis une personne, pas une maladie"... 11
1.2 La famille et les proches 13
1.3 Les intervenants 14
1.4 Les communautés 15

CHAPITRE II : Les problèmes du système de soins et de services en santé mentale 18

2.1 Un consensus à considérer 18
2.2 Au-delà du consensus 19
2.3 Les problèmes prioritaires 21
En guise de conclusion...La question de la désinstitutionnalisation 24

DEUXIÈME PARTIE : LA PROPOSITION D'UNE PERSPECTIVE 28

CHAPITRE I : Des notions à préciser 30
1.1 La notion de santé mentale 30
1.2 Le champ de la santé mentale 34
1.3 Le domaine de la santé mentale 35

CHAPITRE II : La responsabilité de l'État en matière de 39
santé mentale

CHAPITRE III : Le choix d'un cadre de référence 46
3.1 Des objectifs à poursuivre 46
3.2 A partir de principes généraux 48
3.3 Des orientations spécifiques 49

TROISIEME PARTIE : LES MOYENS PROPOSÉS 52

CHAPITRE I : Des moyens à la disposition des acteurs 54

1.1 Des moyens pour la personne 54
1.1.1 Information et sensibilisation 55
1.1.2 L'accès aux services 57
1.1.3 Continuité et coordination 59
1.1.4 Le respect des droits 62
1.2 Des familles et des proches à reconnaître comme acteurs 65
1.3 En appui aux intervenants 68
1.3.1 La formation des intervenants 69
1.3.2 La recherche en santé mentale 73
1.4 La communauté 77

CHAPITRE II : L'organisation des services 81

2.1 Hors les murs 82
2.1.1 Les ressources communautaires 82
2.1.2 Les ressources intermédiaires 87
2.2 Une gamme de services 88
2.3 Une démarche de planification 92
2.4 Des démarches complémentaires 97
2.4.1 Les collaborations entre réseaux ... 97
2.4.2 Les collaborations intersectorielles 102
2.5 Les responsabilités nationales 104
2.5.1 La répartition des ressources financières 104
2.5.2 La planification des ressources humaines 107
2.5.3 L'évaluation 110
2.6 La désinstitutionnalisation 111
2.6.1 Les personnes et la désinstitutionnalisation 111
2.6.2 Les conditions de sa réalisation ... 112
2.6.3 Le devenir des grands établissements psychiatriques 115

CHAPITRE III : La santé mentale de la population 118

3.1 Des épiphénomènes en santé mentale 120
3.1.1 Le suicide 121
3.1.2 L'alcoolisme et les toxicomanies ... 122
3.1.3 La violence 124
3.2 Des groupes à risques 126
3.2.1 Statut socio-économique et mode d'habitat 127
3.2.2 La santé mentale des jeunes 128
3.2.3 La santé mentale des femmes 128
3.2.4 La santé mentale des personnes âgées 130
3.3 Promotion de la santé mentale 131

QUATRIÈME PARTIE : LE SUIVI DE LA POLITIQUE 135

1 Priorité à la santé mentale 137
2 Cadre opérationnel 138
3 Des outils pour la planification et l'évaluation 140
4 Le développement de la politique 140

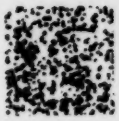
CINQUIEME PARTIE : LE PLAN D'ACTION 142

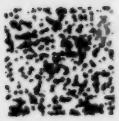
ANNEXE: Points de repère pour un portrait des troubles mentaux ... 154

1. Sur l'ampleur et la nature des troubles mentaux 157
2. Sur l'évolution des problèmes mentaux 163

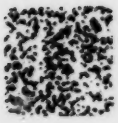
BIBLIOGRAPHIE 167

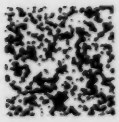
LISTE DES REMERCIEMENTS 179

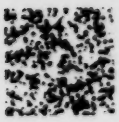




INTRODUCTION







L'histoire de la santé mentale au cours des vingt-cinq dernières années, l'évolution des troubles mentaux dans la population québécoise ainsi que la diversification des pratiques qui s'y adressent ont modelé le contexte général qui a étroitement orienté l'élaboration de ce document de politique.

Alors que persistent les troubles mentaux les plus sévères, nous vivons des phénomènes sociaux plus complexes, des changements dans les structures démographique et sociale qui laissent prévoir qu'un nombre toujours plus important de personnes auront recours à une aide spécialisée pour surmonter leurs difficultés.

Par ailleurs, le rythme d'accroissement des investissements en santé mentale s'est progressivement réduit, imposant une logique de réallocation de ressources. Dans cette perspective, il devient particulièrement important d'assurer la concentration des énergies vers la réalisation d'objectifs communs, favorisant ainsi la mobilisation d'une foule d'acteurs aux horizons multiples, engagés à différents niveaux dans un système d'intervention de plus en plus complexe.

À la faveur des réformes successives qui sont venues modifier considérablement les structures devant assurer le développement et le maintien de la santé mentale, le Québec s'est doté d'un ensemble de ressources regroupées au sein d'organisations soumises à des contingences souvent extérieures aux seules fins de dispensation de services.

Bien que l'utilisation optimale des ressources doive demeurer une préoccupation constante et que le contexte impose plus de rigueur, un des enjeux majeurs réside dans la détermination que mettront les différentes composantes de ce système à élaborer des réponses qui tiennent compte, au premier chef, des besoins de la population en matière de santé mentale. Cette politique propose une articulation de l'ensemble des actions autour de la personne, aux niveaux les plus significatifs pour celle-ci, c'est-à-dire sa famille, ses proches, ses milieux de vie.

La réponse aux besoins de la population en matière de santé mentale constitue un défi majeur posé à l'ensemble de la société québécoise. D'une part, on assiste à une augmentation importante des problèmes sociaux qui ont un impact important sur la santé mentale de la population. D'autre part, on reconnaît de plus en plus l'existence de conditions déterminantes et d'éléments de solution aux problèmes de santé mentale qui se situent à l'extérieur du champ spécifique d'intervention des services de santé et des services sociaux. Pour en arriver à ce que la santé mentale occupe, dans la société québécoise, une place équivalente à celle qu'elle occupe chez l'individu, la contribution d'une diversité de secteurs est donc fondamentale.

* * *

D'emblée, il est important d'établir qu'une politique de santé mentale doit essentiellement être considérée comme la conjonction de trois éléments essentiels soit:

- **l'énoncé des orientations à privilégier;**
- **la structuration de l'ensemble des pratiques autour d'objectifs communs;**
- **l'adaptation du contenu en fonction des résultats obtenus, des modifications au contexte général et du développement des connaissances.**

En vertu du mandat qui lui a été confié, le Comité estime que sa tâche consiste à traduire en termes de choix, d'orientations et de propositions d'action, les résultats des analyses et des réflexions qui ont été siennes. La présente politique tient compte des impératifs du moment, s'inspire des débats qui ont cours actuellement en santé mentale et invite à une ouverture sur l'avenir.

Les actions à entreprendre sur le terrain, avec la coopération de tous les acteurs, constituent le coeur d'une dynamique dans laquelle cette politique doit être considérée principalement comme un élément déclencheur. Il appartient donc dorénavant à tous ceux et à toutes celles qui sont engagés, à quelque niveau que ce soit, dans une relation d'aide ou qui sont en position d'autorité ou d'influence de prendre la relève et d'en supporter la réalisation concrète.

Enfin, une politique n'est complète que si elle fait une place importante à l'évaluation rigoureuse et permanente des objectifs qu'elle poursuit et des moyens qu'elle sous-tend. À ce point précis du développement en santé mentale, il a fallu privilégier certains éléments particuliers, en négliger d'autres, faute de connaissances suffisantes, miser sur les éléments de consensus et, surtout, affirmer les options les plus pertinentes à la lumière de notre lecture de la situation. La nécessité d'évaluer de façon continue les propositions de cette politique et de les adapter aux réalités nouvelles accompagne la conviction que les choix énoncés sont ceux qui s'imposent à ce moment-ci de l'évolution.

* * *

Dès le point de départ, souvent de façon implicite, un certain nombre de sujets se sont révélés des préoccupations centrales. Ils ont constamment inspiré les travaux du Comité pour devenir, finalement, les thèmes majeurs de référence autour desquels se greffent les différentes propositions contenues dans cette politique. Ces préoccupations peuvent être traduites ainsi:

- **situer la personne au centre des actions et la considérer, ainsi que sa famille et ses proches, comme acteurs de toute première importance;**

- affirmer que les services aux personnes en besoin transcendent les organisations et les structures;
- consolider le partenariat comme façon privilégiée d'oeuvrer en santé mentale;
- assurer aux questions de santé mentale une ouverture sur l'ensemble des réalités de la société québécoise.

* * *

Les travaux du Comité, appuyés sur un matériel riche et complexe composé à la fois d'éléments de consultation, de recherche, de réflexion et de synthèse, ont permis d'en arriver à une démarche qui s'exprime en cinq temps, déterminant ainsi les divisions principales de cet énoncé de politique.

La première partie présente les éléments de problématique les plus significatifs et pour lesquels des correctifs doivent être apportés. Tout en s'attardant aux problèmes fonctionnels du système de soins et de services dans sa réponse aux besoins de la population en matière de santé mentale, elle présente le point de vue des personnes, des familles et des proches, des intervenants et des communautés. Au carrefour des différentes approches, l'importante question de la désinstitutionnalisation y est présentée comme le symbole des opinions qui s'opposent à la faveur des nombreux débats qui ont cours en santé mentale.

Plus conceptuelle, **la seconde partie** est constituée des assises principales de cette politique. Elle vient d'abord circonscrire la notion de santé mentale, préciser les éléments du cadre d'analyse et présenter, en s'appuyant sur les données disponibles, un regroupement de situations en

fonction de l'intensité des problèmes vécus par les personnes. La responsabilité de l'État quant à la santé mentale des individus et des populations y est discutée, déterminant ainsi un des paramètres à partir desquels peut s'engager l'action. En conclusion, les choix fondamentaux proposés comme cadre de référence en santé mentale sont exprimés en termes de finalités, de principes et d'orientations.

La troisième partie contient la majorité des recommandations adressées à différentes instances. Elle fait état des moyens devant être mis à la disposition des acteurs en santé mentale, soit la personne, la famille et les proches, les intervenants divers de même que les communautés. L'organisation des services y occupe une place importante alors que sont précisés les moyens nécessaires à des réponses adéquates aux besoins de la population de même que les mécanismes de planification proposés pour y parvenir. Différentes avenues sont également explorées pour baliser le processus de désinstitutionnalisation. Enfin, des thèmes relatifs à la prévention de la maladie mentale et à la promotion de la santé mentale viennent témoigner de la nécessité d'opérer un certain nombre de virages.

La quatrième partie est consacrée entièrement au suivi de la politique et aux actions qui doivent être entreprises. Il y est question des éléments que le Comité considère comme prioritaires, de l'opérationnalisation de ceux-ci, de l'évaluation de l'atteinte des différents objectifs spécifiques et des développements futurs à envisager. Il s'agit en fait de différents mécanismes d'ajustements nécessaires à l'existence et à la continuité d'une dynamique particulière à la santé mentale.

La cinquième partie est constituée par le plan d'action sous-jacent aux différentes propositions du Comité. Elle présente le relevé systématique, par étape, des actions à entreprendre pour s'assurer de la mise en place des moyens nécessaires à la réalisation des différentes propositions contenues dans cette politique.

Cette démarche, qui est l'aboutissement d'une année de travail intensif, a permis la prise de conscience de lacunes importantes et a amené le Comité à proposer des moyens à la mesure des besoins de la population, en misant fortement sur toutes les énergies déjà engagées dans le secteur de la santé mentale. Le mandat qui nous avait été confié établissait clairement que la cible principale devait être les personnes aux prises avec les problèmes mentaux les plus sévères. Tout en respectant cette exigence, il nous a semblé essentiel d'assurer une première ouverture sur l'ensemble des réalités que recouvre la notion de santé mentale, rejoignant ainsi la population dans son ensemble.

PREMIÈRE PARTIE

DES ÉLÉMENTS POUR UNE PROBLÉMATIQUE DE LA SANTÉ MENTALE

Le point de vue des acteurs - personnes, familles et proches, intervenants et communautés - constitue une façon privilégiée de déterminer les principaux paramètres d'une problématique de la santé mentale.

Une analyse des différentes composantes du système de soins et de services en santé mentale permet de circonscrire des lacunes majeures dans la réponse aux besoins de la population.

La synthèse des deux démarches conduit à identifier précisément les éléments pour lesquels des correctifs doivent être apportés.

En toile de fond, la désinstitutionnalisation vient éclairer l'importance des défis que rencontre la santé mentale au Québec.

CHAPITRE I

LE POINT DE VUE DES ACTEURS

Il existe différentes façons d'amorcer un examen de la situation actuelle en santé mentale au Québec selon une problématique d'ensemble. Évoquer les grandes lignes du discours de ceux et celles qui y sont engagés de manière directe constitue la démarche qui s'avère la plus pertinente pour esquisser les contours de ce qui détermine la nature et l'ampleur des principaux problèmes en santé mentale.

Nous n'avons pas la prétention de traduire toute la richesse des propos qui nous ont été transmis lors de plusieurs rencontres ou de présenter une synthèse exhaustive des différents mémoires soumis ces dernières années. L'appréciation de la situation par différents acteurs, leur rapport particulier avec l'univers de la santé mentale de même que notre propre lecture de ce qui s'y déroule nous amènent à privilégier, comme entrée en matière, le point de vue de ceux et celles qui en façonnent le quotidien.

Par le terme acteur, nous désignons les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental et leurs proches, soit l'ensemble des individus avec qui elles entretiennent une relation significative. Le terme acteur désigne également les intervenants engagés dans une relation d'aide avec ces personnes. Enfin, s'y ajoutent les communautés comme lieux de vie et de référence de ces personnes.

1.1 "Je suis une personne, pas une maladie"(1)

De tels propos illustrent mieux que toute analyse l'essence même de ce qui interpelle en ce moment le système de services en santé mentale et les intervenants oeuvrant auprès des personnes qui ont des problèmes de santé mentale.

Le retour dans la communauté de nombreuses personnes ayant comme point commun leur expérience des services actuels et la montée de différents regroupements ont contribué à faire émerger la parole de celles et ceux qui souffrent de troubles mentaux. Cette prise de parole vient non seulement interroger les rapports entre soignants et soignés, mais aussi la rupture face à la société qu'accentue le statut de "psychiatrisé". En rupture avec la société et objets dans un système de services conçu malgré tout pour agir selon le bien du malade, les personnes se retrouvent face à un mur dressé entre elles et les communautés d'où elles sont issues, entre elles et les intervenants habilités à leur venir en aide et entre elles et les institutions qui les accueillent.

Le questionnement vis-à-vis les services de santé mentale pointe en tout premier lieu la dépersonnalisation qui, trop souvent, accompagne le diagnostic. Ramenée à une série de symptômes, traitée en conséquence, la personne semble être tout à coup isolée dans le temps et l'espace, coupée de tous ses liens avec son passé, son quotidien, son environnement... sans statut social à respecter, voire même sans statut possible. En plus de souffrir, elle subit son état.

La dépersonnalisation entraîne bien des répercussions. On n'attend pas d'une maladie qu'elle participe. On ne traite fréquemment que les symptômes, oubliant de s'associer à la personne dans l'intervention. Frag-

---

(1) Le texte s'inspire, de façon condensée et bien imparfaite, de situations soumises au Comité par des bénéficiaires de services psychiatriques. Nous avons conservé, dans la mesure du possible, certaines des expressions utilisées.

mentée, cette intervention est souvent non-respectueuse du rythme et du cheminement de la personne.

Parmi les situations les plus ouvertement dénoncées figure, au premier plan, la dépendance aux moyens actuels d'aide, qu'il s'agisse des technologies utilisées, des thérapies ou des milieux de vie que l'on crée.

Peu informées de leur situation et encore moins impliquées dans les décisions qui les concernent, les personnes sont en constante recherche de réponses adaptées à leurs besoins, en quête d'une existence où leur statut de personne l'emporte sur leur condition de malade. De même, la rareté de l'information pose problème à tous ceux qui composent leur univers quotidien.

Privées de l'exercice de leurs rôles sociaux alors qu'elles sont, pour la plupart, en possession de capacités leur permettant d'en assumer seulement une certaine partie, les personnes en sont réduites à survivre dans un état de marginalisation qui accentue bien souvent la maladie dont elles sont victimes.

Au manque d'information et d'implication viennent s'ajouter des **difficultés d'accès** à une gamme de services. Les **délais** sont particulièrement problématiques lorsqu'une réponse immédiate est essentielle compte tenu de la nature du problème et de son acuité. Les **évaluations répétées** à chaque nouvelle "porte d'entrée" ajoutent à la confusion, diluant les efforts entre différents intervenants et empêchant souvent une action efficace.

Rupture, délai, confusion viennent caractériser la réalité des personnes face au système de soins et services en santé mentale et également face à la société.

1.2 La famille et les proches

Hors du vase clos du système de soins et de services en santé mentale, le point de départ, comme le point d'arrivée pour la personne est, le plus souvent, sa famille. Cependant, l'itinéraire parcouru entre ces deux points échappe souvent à la connaissance et à la compréhension de celle-ci. Le premier grief des familles et des proches à l'égard des intervenants et du système de services en général concerne la difficulté d'obtenir une information appropriée, à disposer d'un nécessaire contact auquel ont droit les personnes significatives.

Trop souvent exclue de la participation à une démarche thérapeutique et sous estimée dans la mise à contribution de ses ressources spécifiques, c'est toutefois vers la famille que l'on renvoit la personne dans une très large proportion des cas. La rupture personne-proches prive la personne du soutien possible de sa famille et de son réseau immédiat dans des moments où celui-ci est particulièrement important. L'aide nécessaire pour maximiser le potentiel de la famille et des proches n'est pas suffisamment disponible, parfois même la volonté des intervenants n'y est pas.

Le comportement d'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale, la personnalité de chacun de ses proches, le manque d'information et de soutien, l'impuissance et l'incompréhension se conjuguent pour altérer la dynamique relationnelle du réseau social primaire. La vie peut devenir à ce point difficile que les problèmes s'aggravent. Les proches se heurtent alors à une fatigue émotionnelle ou physique qu'ils peuvent être tentés de solutionner par la surprotection ou le rejet, pouvant ainsi générer des sentiments de culpabilité.

La rupture entre les services disponibles, la personne et ses proches se traduit par un manque de moyens, tant pour la prévention d'épisodes de crise ou de rechutes que pour la réinsertion et le support dans la communauté. La famille ne veut plus se retrouver seule pour répondre à l'ensem-

ble des besoins des personnes et se voir confinée à un rôle de gardiennage.

1.3 Les intervenants

Par intervenant, nous entendons tout individu, professionnel ou non, en relation d'aide, quelle que soit l'organisation au sein de laquelle s'effectue cette relation. Curieusement, les groupes qui en sont les porte-parole relèvent des problèmes sensiblement identiques à ceux que les personnes, les familles et les proches expriment. Bien que le langage puisse varier et que les priorités de chacun soient différentes, il existe un certain nombre d'éléments qui représentent des critiques assez généralisées à l'égard du système de soins et de services en santé mentale.

En dépit et au-delà du corporatisme, des écoles de pensée, des intérêts souvent divergents et de l'organisation même du travail, on retrouve dans le discours des intervenants en santé mentale des éléments de consensus que l'appartenance à des modèles d'intervention différents rend toutefois difficiles à cerner. Ce sont les convergences qui nous intéressent et, en ce sens, quatre situations générales pouvant facilement conduire à une démobilisation méritent d'être examinées.

- La première est inhérente à la nature même de la santé mentale et aux types de problèmes vécus par les personnes. Contrairement à certains autres secteurs d'activités de la santé et des services sociaux, les résultats des interventions paraissent souvent moins spectaculaires.

- La seconde situation est liée aux exigences particulières au travail en santé mentale, qui ne peuvent être garanties par la seule possession de connaissances. En effet, l'intervention dans ce secteur renvoit l'intervenant à ses propres conflits alors qu'il est souvent difficile d'associer distanciation et empathie.

- La troisième situation fait référence à la difficulté d'oeuvrer au sein du système de soins et de services en santé mentale. Pour les intervenants, la compartimentation des services, la fragmentation des modalités d'intervention, les difficultés de communication, la rigidité des structures, le cloisonnement des disciplines viennent brimer l'expression de leur potentiel et amoindrir l'impact de leurs efforts.

- Enfin, la quatrième situation concerne la mise en cause par les intervenants des conditions et de l'organisation de leur travail Les surcharges, l'épuisement, l'impossibilité même de pratique hors de cadres formels tracés souvent de l'extérieur, l'impression de continuellement servir à "éteindre des feux", représentent un ensemble de facteurs qui ne sont pas de nature à favoriser de saines conditions de pratique et d'exercice de responsabilités.

Depuis quelques années, s'exprime chez de nombreux intervenants en santé mentale un appel manifeste pour une valorisation de leur rôle, une reconnaissance de leur contribution et un support dans l'exercice de leurs fonctions.

1.4 Les communautés

On pourrait discourir longuement, dans un document de politique en santé mentale, sur la signification qu'a prise le mot communautaire. Bien des définitions peuvent être avancées traduisant autant la richesse des réalités qu'il peut recouvrir que les limites qui lui sont sous-jacentes.

Nous sommes en présence d'une réalité multiforme où la conception même de la santé mentale varie considérablement selon les lieux, les cultures, les liens d'appartenance, les formes de solidarité. Nous sommes ainsi placés devant des préoccupations fort diversifiées et des intérêts souvent divergents par rapport à la maladie mentale. Effleurer la question de la communauté en santé mentale, c'est devoir tenir compte de trois réactions.

Dans une société qui repose de plus en plus sur l'individualisme, où la performance sociale s'impose comme un des principaux critères de réalisation, pourquoi concéder une partie, si infime soit-elle, de son espace et de son temps à des personnes qui semblent issues d'un tout autre univers? De surcroît, que ces personnes dérangent, que l'on connaisse mal la nature du problème dont elles sont atteintes, que finalement, elles en arrivent à inspirer autour d'elles crainte et hostilité, comment les solutions de rejet ne seraient-elles pas les plus simples ajoutant ainsi une nouvelle dimension au problème déjà complexe de ces personnes?

La seconde réaction fournit une partie de la réponse à ces questions. L'existence d'un système d'intervention mis en place pour assurer la protection des individus et celle de la société est de nature à accentuer le transfert de toute responsabilité vers les institutions prévues pour les soins et services à ces personnes. Cette responsabilité, autrefois assumée de manière charitable et peu réglementée, a été progressivement reprise en charge par l'État qui a développé un réseau complexe de services publics pour "...qu'ils s'en occupent!".

La troisième réaction provient du système d'intervention lui-même dans ses relations avec les communautés. Les distances sont réelles et faites d'une incompréhension des possibilités, moyens et responsabilités des uns et des autres. On a vu apparaître au Québec une multitude d'initiatives qui se sont rapidement inscrites comme alternatives au système actuel, revendiquant une part de légitimité d'action dans ce secteur. Certains situent leur action au niveau de l'entraide. D'autres occupent des terrains supplétifs, parfois concurrents. D'autres enfin développent des fonctions nouvelles insuffisamment assumées par les services existants. Il existe une difficulté certaine de composer avec ces acteurs dont la contribution n'est pas reconnue.

Enfin, il nous faut rappeler que la communauté ne s'exprime pas; c'est plutôt une multitude de communautés qui le font en fonction de leurs réalités, de leur analyse de la situation et de leurs ressources. En ce sens,

le point de vue des communautés ne peut être présenté de façon générique sans risque d'en éliminer la spécificité étant donné qu'il prend racine, s'énonce et s'articule à partir de dynamismes locaux. Cette réalité permet de comprendre la présence simultanée de points de vue contradictoires ou ambivalents.

CHAPITRE II

LES PROBLÈMES DU SYSTÈME DE SOINS ET DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Aussi paradoxal que cela puisse paraître dans un secteur qui a donné lieu ces dernières années à énormément de controverses, les acteurs et les différents observateurs s'entendent généralement sur les principaux problèmes en santé mentale au Québec.

2.1 Un consensus à considérer

L'analyse de plus de deux cents mémoires soumis à la sous-Commission des Affaires sociales, à la commission Rochon de même qu'au Comité de la politique de santé mentale font ressortir douze problèmes principaux dans le fonctionnement du système.

- Plutôt que d'être articulés en fonction des personnes, les services tendent à graviter autour des ressources.

- Les interventions en santé mentale ne s'appuient pas suffisamment sur le potentiel des personnes, des familles et des proches.

- Les modes de pratique et l'organisation des services ne tiennent pas compte de la globalité de la personne dans la détermination de ses besoins, et des caractéristiques de sa situation, dans la définition des réponses.

- Trop peu d'importance est accordé au suivi des personnes et les interventions ne s'effectuent pas sous le signe de la continuité.

- Les programmes de promotion et de prévention en santé mentale sont quasi absents de l'ensemble des services.

- L'accessibilité aux services d'évaluation et de traitement est inégalement assurée.

- La réintégration des personnes est un mouvement insuffisamment planifié et trop peu de ressources y sont consacrées.

- Il y a un manque de support aux familles, aux proches, de même qu'une attitude ambivalente devant les initiatives de la communauté.

- Les inégalités entre les régions persistent et il y a absence de reconnaissance des particularités locales.

- La recherche, la formation et l'information sont insuffisamment développées.

- La concertation intersectorielle reste absente dans la recherche de solutions aux problématiques de santé mentale.

- Le cloisonnement entre les services de santé et les services sociaux reste très présent et contribue à la fragmentation des services.

2.2 Au-delà du consensus

Le portrait peut sembler pessimiste. Compte tenu du relatif consensus sur lequel il s'appuie, il indique pour le moins certaines des avenues à explorer pour une correction de trajectoire. L'usage du terme consensus ne devrait toutefois pas masquer trois débats centraux qui ont actuellement cours en santé mentale, débats autour desquels se déploient les divergences, se défendent les intérêts et se figent les positions.

Le premier de ces débats porte sur les philosophies d'intervention dans un processus de recherche du modèle le plus susceptible de considérer la réalité biologique, psychologique et sociale de la personne.

Le second concerne la délimitation des champs de pratique et le partage des responsabilités où l'élargissement du champ de la santé mentale amène beaucoup de confusion dans la détermination précise des rôles et des fonctions des professionnels et non-professionnels, des services de santé, des services sociaux et des services communautaires de même que des autres secteurs.

Le troisième porte sur l'articulation et la cohérence des modalités organisationnelles des soins et des services et s'inscrit comme le résultat de l'expansion des services traditionnels, de la création et de l'émergence de nouveaux services et de nouvelles ressources.

De tels débats ont des répercussions qui se traduisent par un ensemble de variations sur la notion même de santé mentale, les modalités de pratique et l'organisation générale des services. Ils mènent aux constats suivants.

- Les nombreuses réalités inscrites sous l'étiquette santé mentale varient considérablement quant au sens qu'on leur donne. Cette constatation est d'autant plus étonnante qu'il ne semble pas y avoir d'explication logique à ces variations. Dans ce contexte, des problèmes en apparence identiques et considérés comme spécifiques au système de soins et de services en santé mentale peuvent désigner des réalités différentes et impliquer d'autres types d'acteurs.

- La préoccupation des acteurs face à la santé mentale varie considérablement tout autant en fonction de la nature et de l'importance des ressources disponibles dans leur milieu que de la perception des contours du champ d'intervention en santé mentale, des types de pratique et de la configuration des problèmes des populations.

- D'une région à l'autre et à l'intérieur de chaque région existe une diversité de structures et une multitude de modèles dans la dispensation des soins et des services en santé mentale et ce, malgré un encadrement législatif et réglementaire uniforme.

2.3 Les problèmes prioritaires

L'éventail des lacunes relevées par différents acteurs permet de circonscrire les problèmes qui apparaissent prioritaires à résoudre au sein du système de services en santé mentale.

Dans un premier temps, nous reconnaissons que le système de services en santé mentale s'est développé, complexifié et fragmenté pour répondre à des besoins de plus en plus variés. Certains acquis du système au niveau de l'accessibilité sont menacés.

L'ouverture des services de santé mentale dans les centres hospitaliers de soins de courte durée a contribué à rapprocher les lieux de traitement de la population, à démystifier la maladie mentale et à favoriser la réinsertion sociale des personnes. Toutefois, ces acquis sont menacés parce que ces services de traitement n'ont pas été supportés par des activités de prévention, de réadaptation et de soutien et nont pas bénéficié de ressources suffisantes, ce qui a entraîné graduellement leur surcharge.

La personne se retrouve objet dans ce système où la répartition actuelle des efforts entre les différentes composantes entraîne des lacunes importantes dans la continuité des interventions.

Dans un second temps, il est difficile de découvrir des références communes sur la nature, l'objet et l'étendue du champ de la santé mentale. Les orientations sont diffuses et les objectifs non définis. Cet éparpillement concentre le discours autour de préoccupations portant sur la délimitation des champs de pratique et le partage des responsabilités alors que les efforts pour cerner les besoins de la population sont insuffisants et que les types de services à rendre disponibles restent à préciser. Cette situation entraîne des déséquilibres importants dans les différentes actions à l'égard des groupes et des personnes de même qu'un fonctionnement

cloisonné du système de services et de chacune de ses composantes, affectant ainsi la qualité des services, la motivation des intervenants et les résultats qu'on peut attendre des efforts consentis.

En troisième lieu, nous sommes amenés à reconnaître l'existence de règles organisationnelles et professionnelles dont la rigidité entrave l'adaptabilité à des problématiques spécifiques ou à des particularités régionales et, du même coup, laisse peu de place à l'initiative de différents acteurs et aux efforts qui émanent de la communauté. Finalement, l'absence d'objectifs ne permet pas de soumettre les actions actuelles à une évaluation de leurs résultats.

Les principales lacunes du système de soins et services en santé mentale s'expriment donc en termes d'accessibilité aux services, de pertinence de ceux-ci, de leur qualité, leur disponibilité, leur continuité de même qu'en termes de confusion quant au choix de l'intervention appropriée.

À la lumière des témoignages entendus, des mémoires reçus et de l'analyse qui s'en dégage, le Comité estime que, pour les prochaines années, les efforts doivent être concentrés pour tenter de solutionner, en priorité, les problèmes suivants.

- La difficulté pour une personne d'être considérée de manière globale et de se voir offrir des services continus, respectueux de son cheminement et intégrant les dimensions biologique, psychologique et sociale.

- Le manque d'articulation des interventions et des services aux besoins des personnes en situation, le peu de préoccupation du potentiel des personnes, des proches et des milieux.

- Le cloisonnement du système de services et de ses composantes, les problèmes sérieux de complémentarité et de coordination à tous les niveaux, la répartition inéquitable des ressources humaines, matérielles et financières.

- La place encore peu importante concédée aux initiatives issues de la communauté, le faible soutien qui leur est accordé et la recon-

naissance toujours mitigée de leur contribution dans les solutions aux problèmes de santé mentale.

- La difficulté d'accès à des services de prévention, d'évaluation et de traitement à proximité des milieux de vie, la quasi-absence de programmes de soutien et de réadaptation.

- Le manque de liens entre les services en santé mentale et les autres réseaux, les autres secteurs, limitant ainsi la portée des actions principalement en matière de prévention et de réadaptation.

- L'existence de lacunes importantes au niveau du développement, de l'intégration et du transfert des connaissances en santé mentale.

Au fur et à mesure que se poursuivait la réflexion autour de ces problèmes, s'est développée la conviction que l'ensemble des actions en santé mentale ne sont plus articulées selon la logique d'un schéma, par ailleurs fort simple, dont la séquence peut se traduire de la façon suivante: la perception du besoin — l'identification de l'aide nécessaire — la disponibilité des services requis — la mise à contribution des ressources — l'évaluation du résultat.

Les défis posés par ces problèmes sont de taille. Avant même de songer à y investir des énergies proportionnelles, il nous semble que doit être développée une perspective qui puisse permettre de trouver les solutions les plus harmonieuses, les moyens les mieux adaptés. Une telle perspective nous semble à construire au Québec. C'est en bonne partie son absence qui peut expliquer la difficulté de retrouver actuellement en santé mentale des objectifs clairement exprimés, opérationnels, partagés largement et visant tout autant une meilleure réponse aux besoins qu'une amélioration de la santé mentale de l'ensemble des Québécois.

En guide de conclusion...

LA QUESTION DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION

Quels que soient l'angle d'analyse, la démarche utilisée ou la lecture de la situation, la question de la désinstitutionnalisation demeure un catalyseur pour une compréhension élargie de ce qui se déroule en santé mentale. Au coeur de la majorité des débats, depuis bon nombre d'années, elle en est venue à constituer le véritable symbole des opinions qui s'opposent, des positions qui s'esquissent puis s'imposent. Carrefour des différentes approches, elle impose sa pertinence quelle que soit la façon dont on aborde la santé mentale.

Compte tenu de son importance, de l'ampleur des défis qu'elle implique et surtout de l'étendue de ce qu'elle signifie pour le devenir de la santé mentale au Québec, le Comité estime qu'elle doit occuper une place prépondérante dans la problématique énoncée dans ce document de politique. Il importe toutefois d'en établir les dimensions principales et dépasser ainsi le sens premier du terme qui ne désignait rien d'autre que le processus de sortie de l'institution.

Par désinstitutionnalisation, nous faisons référence maintenant à:

- la réintégration, dans des conditions appropriées, de personnes ayant séjourné ou séjournant dans des milieux institutionnels;
- l'humanisation des milieux de vie substituts et institutionnels afin de permettre aux personnes qui y séjournent de jouir d'une qualité de vie décente;
- la disponibilité d'un réseau de services en mesure d'offrir à la personne et à son milieu l'aide et le support nécessaires pour le maintien dans la communauté;
- l'acquisition de capacités et de compétences qui vont favoriser, pour la personne quel que soit son milieu de vie, la reprise en main de sa situation.

Exprimée ainsi, la question permet de donner plus d'amplitude aux problèmes soulevés précédemment. Le mouvement de sortie de l'institution doit être balisé, évitant ainsi le simple transfert d'une institution à une autre, l'absence de critères dans le choix des personnes devant quitter l'institution, le rejet pur et simple de certaines catégories de personnes et le manque total de préparation des milieux d'accueil. Ce sont autant de situations qu'a connues le Québec et qui doivent dorénavant être évitées à tout prix. À leur façon, elles traduisent une absence de coordination et de concertation, une confusion des rôles résultant du cloisonnement des mandats et des responsabilités de même qu'une importance accordée aux structures au détriment des services.

Si la désinstitutionnalisation en est venue à imposer tant d'appréhension au fil des ans, c'est qu'elle pose crûment la question d'une insatisfaction majeure à l'égard de certaines formes de prise en charge, de modes de pratique et de façons de faire du système de soins et de services.

L'institutionnalisation, produit d'une société à l'égard d'une partie de ses membres marginaux, a eu comme conséquence de déposséder la personne de sa responsabilité et de sa possibilité de choix, générant ainsi une situation de dépendance extrême. Érigée en système, cette forme de prise en charge s'est concrétisée dans des lieux et s'est actualisée par différents acteurs. Plus visibles, les grands établissements ont constitué une cible privilégiée de la critique d'autant que leur seule dimension favorise la dépersonnalisation des rapports humains, la standardisation des formes d'aide et la sous-estimation de tout potentiel.

Les grands établissements n'ont toutefois pas le monopole de l'institutionnalisation puisque le seul déplacement de lieu de vie ne garantit aucunement à la personne une reprise en main de son existence. Souvent, des milieux de vie dits plus normaux ou habituels et de dimension plus réduite ne sont que des prolongements de l'institution. Il s'agit d'une forme d'institutionnalisation d'autant plus pernicieuse qu'elle s'accom-

pagne, dans bien des cas, d'une solitude plus prononcée sans les services et la protection qu'offre la grande institution.

L'institutionnalisation doit également être considérée sous l'angle des acteurs. Nous avons assisté au cours des années à une augmentation significative des catégories d'intervenants appelés à venir en aide à la personne dans des lieux toujours plus nombreux. La complexité du champ d'intervention et la nécessité de prendre en considération l'ensemble des composantes justifiaient entièrement cette diversification des expertises.

Toutefois, les différentes catégories d'intervenants, faute de pouvoir s'inscrire dans une démarche continue et coordonnée, ont cherché à s'approprier l'exclusivité d'un secteur d'intervention. Par voie de conséquence, la personne en besoin de services s'est retrouvée piégée et traitée par segments. Curieux mélange de paternalisme et de corporatisme, l'hyperprofessionnalisme de l'intervention a aussi eu pour effet de priver la personne des ressources et des compétences de son milieu et de ses proches.

Les façons de faire se sont aussi cristallisées dans des formes rigides. Certaines, jugées adéquates à un moment précis et dans un lieu donné, ont été étendues, réglementées puis imposées, générant ainsi des formes de réponses standardisées, désincarnées. Les personnes se sont arrêtées dans des lieux ou ont entrepris une trajectoire circulaire les ramenant constamment à leur point de référence dans le réseau de services. L'institutionnalisation, à ce niveau, dénote une faiblesse chronique des processus de questionnement alors que les façons de faire n'ont pas su ou n'ont pas pu se modifier en fonction de l'évolution de la personne et du contexte social en transformation.

Le débat sur la désinstitutionnalisation est révélateur d'une insatisfaction manifestée par les personnes concernées, ressentie par leurs proches et observée par différents acteurs, incluant les communautés. Si elle ne remet pas en cause la nécessité de services, cette insatisfaction

invite à une meilleure adéquation de ceux-ci à la fois sous l'angle des lieux, des acteurs et des façons de faire.

Le mouvement de désinstitutionnalisation est engagé depuis plusieurs années et paraît irréversible. Les difficultés rencontrées rejoignent surtout ses modes d'actualisation, indiquant ainsi l'orientation quant aux efforts à consentir et aux acteurs à mobiliser au cours des prochaines années.

DEUXIÈME PARTIE

LA PROPOSITION D'UNE PERSPECTIVE

La perspective d'ensemble qui soutient le choix des différentes actions est le résultat d'une démarche en trois temps.

Le premier précise la notion de santé mentale en proposant une distinction fondamentale qui s'appuie sur les réalités vécues par les personnes et celles qui confrontent la société dans son ensemble.

Le second aborde la question de la responsabilité de l'État en matière de santé mentale exposant ainsi une des principales trames dans le contexte actuel.

Enfin, l'énoncé des finalités, des principes et des orientations constitue la proposition du cadre de référence qui doit guider l'ensemble des actions en santé mentale.

CHAPITRE I

DES NOTIONS À PRÉCISER

La notion de santé mentale est complexe. Sa représentation, son évolution selon les lieux et les époques de même que le développement des connaissances imposent énormément de prudence dans toute tentative de définition.

1.1 La notion de santé mentale

L'une des toutes premières questions qui surgit dans le processus d'élaboration d'une politique de santé mentale est de définir ce qu'on entend par santé mentale. Les exigences d'une politique obligent à dégager les éléments essentiels de la notion en cause pour baliser le sens des orientations à énoncer et la portée des actions à proposer.

Les définitions de la santé mentale sont légion, tout aussi pertinentes les unes que les autres selon l'angle de vision, tout aussi importantes pour circonscrire les éléments structurants. Plutôt que d'ajouter à ces définitions, nous optons pour une contribution exploratoire des éléments qui paraissent les plus importants pour l'élaboration d'une politique. Notre attention s'est portée sur la recherche de caractéristiques significatives, pertinentes et opérationnelles en laissant suffisamment d'espace à tous les acteurs concernés.

La nécessité de disposer d'un langage commun et de cerner le caractère spécifique de la santé mentale ne doit toutefois pas faire oublier le danger de certains pièges. En tête de liste, une volonté démesurée de clarification du concept de santé mentale présente des risques importants de normativité. Le risque de normativité conduit sur le terrain des valeurs et aspirations d'une société telles que perçues et définies par une fraction de cette société. De plus, le mythe d'une santé absolue tend à

faire oublier l'existence de la souffrance et à négliger son intensité. Enfin, une professionnalisation à outrance peut mener à un accroissement de la dépendance par rapport aux services et à ceux qui les dispensent.

D'autres contraintes incitent à la prudence dans la démarche de clarification de la notion de santé mentale. Nous sommes en face d'une réalité qui s'est modifiée radicalement dans le temps, laissant ainsi présager d'autres transformations. Elle continue de présenter des contours très différents selon la culture ou la classe sociale auquel un individu appartient ou la communauté dans laquelle il évolue.

Certains phénomènes sont passés successivement de l'état de crime punissable à celui de maladie à traiter pour devenir ensuite déviance sociale de plus en plus tolérée. D'autres ont carrément été exclus du champ de pratique conventionnel de la santé mentale à la faveur de l'apparition d'une technologie qui fournissait explication et solution au problème. Selon l'âge, le sexe, la classe sociale, le mode d'habitat, la culture ou l'origine ethnique, la santé mentale est perçue, vécue et définie de façon différente. Dans une société nouvellement confrontée au pluralisme, où les transformations se multiplient à un rythme toujours plus rapide, ces différences ajoutent à la complexité de la notion.

Ces variables, de même que les changements à travers le temps, ne sauraient témoigner parfaitement de la diversité. Aucune définition ne pourra rendre compte de la spécificité de chaque individu, des critères qui font qu'il s'estime en état de bonne ou mauvaise santé mentale. Dans la mesure où la santé mentale est plutôt une dynamique qu'un état bien défini, nous sommes placés devant un univers si large que des individus s'estimant en bonne santé mentale peuvent porter les conséquences d'un jugement contraire posé par un tiers. D'autres sont aux prises avec un problème que personne ne semble vouloir reconnaître. Quelquefois, c'est le difficile arbitrage entre le choix individuel et la nécessité sociale qui est en jeu. Voilà autant de paradoxes qui font que la santé mentale se définit autrement que par la sommation d'états individuels.

De plus en plus, dans le discours et parfois même dans des expériences pratiques, est reconnue l'existence de ce que le Comité de la santé mentale du Québec désigne comme les trois axes organisateurs de la santé mentale:(1)

- **l'axe biologique** qui se réfère aux composantes génétiques et physiologiques;

- **l'axe du psychodéveloppement** qui met en relief les dimensions affective, cognitive et relationnelle;

- **l'axe contextuel** qui se réfère à l'insertion de l'individu dans une société, à ses relations avec son environnement et ses milieux significatifs.

Le caractère spécifique de la santé mentale se retrouve sur l'axe psychodéveloppemental avec ses constituantes affective, cognitive et relationnelle.

> **Ainsi, la santé mentale d'une personne s'apprécie à la capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettront d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon plus significative avec son environnement (relationnel).**

Dans cette dynamique, peut être reconnue comme **trouble psychique** toute perturbation ou détresse qui entrave, de façon temporaire ou permanente, les activités cognitives, relationnelles et affectives de la personne aux différents stades de son développement. Elle se retrouve

---

(1) Comité de la santé mentale du Québec (Ellen Corin, Frédéric Grunberg, Guylaine Séguin-Tremblay, Lise Tessier): La santé mentale - de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale. Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 158 pages.

ainsi contrainte à un exercice plus ou moins mitigé de ses rôles et à un état variable de dysfonctionnement.

Compte tenu des profondes interrelations qui existent entre les univers du biologique, du psychologique et du social, l'approche d'intervention à privilégier auprès des personnes devient celle qui réussit de la façon la plus intégrée et la plus efficace, à prendre en considération ces trois dimensions.

La diversité des situations et des conditions de vie, l'évolution sociale, le développement des connaissances, l'histoire même de la santé mentale sont indicatifs de la nécessité d'un élargissement de cette notion. La santé mentale implique l'ensemble des caractéristiques d'un individu et l'ensemble des liens qu'il entretient avec son environnement. La société, globalement et dans toutes ses composantes, est concernée par la santé mentale d'une population et des groupes qui la composent. Dépassant le rapport d'individu à individu dans une perspective de service, il importe de prendre en considération l'ensemble des déterminants de la santé mentale.

En tentant d'en cerner les contours, on parvient à découvrir deux composantes. La première fait référence aux situations vécues par les personnes et autour desquelles s'est érigé un système de soins et de services. De dimension plus vaste, la seconde implique un ensemble de réalités et de phénomènes sociaux qui s'inscrivent en lien avec la notion de santé mentale.

Pour désigner la réalité plus visible et mieux cernée des personnes dont la santé mentale est perturbée ou menacée, nous parlerons du CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE. Le terme DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE sera utilisé, quant à lui, pour désigner l'univers élargi des réalités ayant une influence sur la santé mentale de la population et des groupes qui la composent.

1.2 Le champ de la santé mentale

Il existe des typologies complexes pour classifier les troubles mentaux. Conçues notamment pour des fins diagnostiques, elles ne permettent pas nécessairement une compréhension des nombreuses réalités avec lesquelles une politique doit composer. Nous cherchons une forme de regroupements simples qui emprunte d'abord à la réalité de personnes et des situations qu'elles vivent de façon à déterminer le sujet premier d'une politique de santé mentale.

> À l'intérieur du champ de la santé mentale, nous retrouvons trois réalités qui se distinguent en fonction de l'intensité de la situation vécue.
>
> > La première de ces réalités est celle des personnes qui ont des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leur relation interpersonnelle et leur compétence sociale de base. On désigne habituellement ces personnes sous l'appellation de malades mentaux chroniques.
> >
> > La seconde réalité est celle des personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires d'intensité variable, sources de détresse psychologique importante, qu'une aide adéquate prodiguée au moment opportun peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur.
> >
> > La troisième réalité est celle des personnes dont la santé mentale est menacée. Il s'agit des personnes qui sont susceptibles de développer des problèmes de santé mentale parce qu'elles vivent des situations ou affrontent des conditions de vie qu'elles jugent intolérables. À court ou à moyen terme, ces conditions ou situations de vie affectent leur équilibre psychique de manière significative, compte tenu de leur vulnérabilité.

Malgré le caractère englobant de ces trois réalités, une mise en garde s'impose. Trop souvent, d'autres réalités ont eu pour effet de nier la présence dans le champ de la santé mentale de certaines personnes en situa-

tion de besoin, les privant par le fait même de l'accès aux services. Nous référons spécifiquement à la situation des personnes qui font face à une conjugaison de problèmes ou de difficultés. La présence, en association avec des troubles mentaux, d'un état de déficience intellectuelle, de problèmes de délinquance et de criminalité ou encore d'un mode d'existence comme l'itinérance ne doit plus avoir pour effet d'exclure les personnes concernées du champ de la santé mentale. Au contraire, le degré de complexité de la réalité d'ensemble de ces personnes invite à l'association des compétences, sans nier le caractère spécifique des réseaux de services concernés.

En lien avec les trois réalités décrites, les fonctions de prévention et de traitement, de réadaptation, de support et de maintien s'inscrivent en priorité dans le champ de la santé mentale. Ces fonctions s'actualisent dans un cadre d'intervention et un cadre organisationnel qui constituent les deux leviers majeurs d'action dans le champ de la santé mentale.

Pour un aperçu des réalités vécues par les personnes à l'intérieur du champ de la santé mentale, nous fournissons, en annexe, une description sommaire de l'ampleur et de l'évolution des troubles mentaux au Québec.

1.3 Le domaine de la santé mentale

L'examen du domaine de la santé mentale nous amène à explorer certains phénomènes en fonction de leur impact sur la santé mentale et à rejoindre ainsi des groupes et des populations. Alors que le champ de la santé mentale accorde une attention particulière aux individus et aux difficultés vécues, le domaine s'ouvre à une perspective plus large qui permet, à la limite, de prendre en considération la santé mentale de la population dans son ensemble.

> **À l'intérieur du domaine de la santé mentale, nous retrouvons trois réalités spécifiques.**
>
> **. LES ÉPIPHÉNOMÈNES, qui font référence aux problématiques du suicide, de la violence, de l'alcoolisme et des**

toxicomanies. Il s'agit de domaines frontières entre des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale qui sont, à leur façon, des indicateurs d'un état de santé mentale.

. LES GROUPES À RISQUE, qui désignent un ensemble de personnes plus vulnérables sous l'angle du développement et du maintien de leur état de santé mentale, en raison de leur contexte de vie ou de conditions telles que leur âge, leur sexe, leur appartenance culturelle ou encore leur statut socio-économique.

. LA POPULATION DANS SON ENSEMBLE
La santé mentale des populations, déterminée à la fois par les milieux d'éducation, de travail, de loisir et influencée par les grandes décisions en matières économique, sociale, politique et culturelle.

- Le taux de suicide est en constante progression et atteint des proportions fort inquiétantes, voir même dramatiques, chez certains groupes, en particulier les jeunes adultes et les personnes âgées.

- Parmi les différentes formes d'expression de la violence, l'abus à l'égard des enfants, la violence conjugale, la violence envers les personnes âgées et les homicides viennent en tête de liste. Ces formes de violence ont des conséquences importantes et souvent prolongées pour la victime et son entourage, tout en nous plaçant en présence d'agresseurs.

- Quant à l'alcoolisme et aux toxicomanies, c'est également un phénomène en évolution alors que les hommes et les femmes sont de plus en plus nombreux à consommer, qu'ils le font en plus grande quantité et de plus en plus jeune.

L'importance et l'acuité des épiphénomènes relevés obligent à dépasser le terrain stérile des débats idéologiques d'exclusivité de pratique ou de responsabilité pour rejoindre l'action.

Quant aux groupes à risque, l'état actuel des connaissances nous permet de déterminer un certain nombre de cibles prioritaires pour orienter les efforts de prévention, soit:

- les enfants qui présentent des troubles d'apprentissage, ceux qui vivent dans un climat familial où les tensions sont constantes, ceux qui sont séparés de leurs parents dans de mauvaises conditions de même que ceux qui sont victimes d'abus;

- les personnes qui sont placées dans les situations d'isolement social chronique et particulièrement les personnes âgées pour qui s'accumulent les pertes;

- les familles dont un des membres a une maladie grave et chronique qui demande une dose constante d'énergie émotionnelle et physique de même que celles dont un des membres disparaît dans des circonstances perçues comme dramatiques;

- les personnes dont l'exercice du potentiel est sérieusement limité par la précarité de leur statut social, économique, éducationnel;

L'analyse de la situation actuelle nous amène à constater des écarts dans les conditions permettant le développement de la santé mentale et à souligner:

- une insuffisance des efforts de prévention orientés vers le développement et le maintien de la santé mentale des jeunes;

- une incompréhension, voire même une négation des besoins spécifiques des personnes âgées sur le plan de la santé mentale;

- une différence de conception et de pratique en santé mentale selon les sexes;

- un manque de sensibilité à l'égard des réalités spécifiques des cultures et des mentalités distinctes de la majorité.

En guise de conclusion...

Après avoir exploré successivement le champ et le domaine de la santé mentale, nous sommes amenés à poser les constats suivants.

- Les problèmes d'ordre mental connaissent une augmentation appréciable dans la population québécoise, évolution qui semble particulièrement significative du côté des problèmes psychiques les moins

sévères. L'évolution paraît nettement dramatique lorsque l'on considère des phénomènes comme le suicide chez les jeunes et la violence sous toutes ses formes.

- Par rapport à l'ensemble des problèmes de santé, les troubles mentaux sont en train d'imposer de plus en plus de poids sur le système de santé et de services sociaux de même que sur les familles, communautés et groupes au sein desquelles vivent les personnes qui en sont victimes.

- La configuration actuelle des problèmes, leur signification pour les personnes et leur entourage de même que la diversification des besoins indiquent des changements à effectuer dans les façons d'intervenir et dans l'étendue des phénomènes à considérer.

En distinguant CHAMP et DOMAINE, le Comité estime que peut être atténuée la confusion qui fait en sorte que le système de services en santé mentale en vient à fonctionner en vase clos, établissant parfois ses limites selon des considérations extérieures aux réalités vécues par les personnes et aux besoins des populations en matière de santé mentale.

La distinction entre CHAMP et DOMAINE constitue le premier élément d'une perspective d'ensemble à compléter. Le mandat confié au Comité concerne spécifiquement le champ de la santé mentale et c'est là que la majorité des énergies ont été déployées. Toutefois, autant par nécessité que par choix, le Comité a voulu élargir son mandat pour apporter une contribution, à compléter, dans le domaine de la santé mentale.

CHAPITRE II

LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

La notion de responsabilité est de plus en plus présente dans les nombreux débats en santé mentale et interpelle tous les acteurs. Dans le cadre d'une politique de santé mentale, la responsabilité de l'État constitue un élément majeur de la perspective d'ensemble. Elle doit toutefois être discutée à la faveur d'une démarche où priment la condition des personnes et la satisfaction de leurs besoins.

Dans un système où les dépenses publiques de santé représentent environ 80% des dépenses totales (privées et publiques), on a encore beaucoup de difficultés à estimer les coûts des troubles mentaux. L'imprécision du champ d'analyse et la diversité des interventions peuvent expliquer en bonne partie cette situation.

Une étude[1], qui ne faisait référence qu'à une estimation des coûts directs, établit à 17,9% la part des dépenses de santé mentale dans l'ensemble des dépenses publiques de santé. Autant la fréquentation des services que la croissance de certains phénomènes laissent croire que cette part est en progression dans un champ où l'utilisation de technologies lourdes et coûteuses n'est pas monnaie courante.

L'importance des troubles mentaux ne s'exprime pas qu'en termes de coûts économiques. On commence également à percevoir leur importance en termes de coûts sociaux alors qu'ils figurent maintenant parmi les princi-

(1) Conseil des Affaires sociales et de la famille (François Camirand): Les coûts de la maladie. Québec, 1983, 50 pages.
La part prise par la maladie mentale et la déficience intellectuelle serait respectivement de 13,5% et de 4,4%.

pales causes d'invalidité reconnue et que ressort leur importance au niveau de l'incapacité d'exercice des rôles sociaux. Leur impact sur les familles et la communauté n'est pas un élément à négliger bien qu'il soit encore difficile à mesurer.

Le contexte actuel amène dans la discussion sur le rôle de l'État en matière de santé mentale à un premier paradoxe. D'une part, l'ampleur de l'investissement public en matière de services de santé et de services sociaux est vigoureusement questionnée. D'autre part, l'augmentation de la qualité, de la variété et de la quantité de ces mêmes services est largement souhaitée pour faire face à une diversité de situations et de conditions de vie. L'évolution des dernières années introduit un second paradoxe qui nous porte à revoir les rapports entre la liberté des individus et les impératifs des grands systèmes d'intervention mis sur pied pour assurer leur santé, leur bien-être tout autant que leur protection et celle de la société.

Devant les positions contradictoires que ces paradoxes peuvent entraîner, il y a nécessité de chercher des balises susceptibles de conduire au choix des finalités, principes et orientations que proposent cette politique. Le contexte actuel et les développements dont il est tributaire, la nature des troubles mentaux et la souffrance qu'ils impliquent pour les personnes, de même que l'importance de la santé mentale pour l'ensemble de la société supportent l'énoncé de trois considérations centrales.

- **Une personne aux prises avec un trouble d'ordre mental est placée dans une situation de vulnérabilité qui exige un haut degré de discernement de la part des intervenants en mesure de lui fournir les soins qu'elle est, par ailleurs, en droit de recevoir. Cette situation nécessite la disponibilité d'un système intégré d'interventions où toutes les composantes sont soumises à des impératifs communs établis selon la logique de la personne à aider et de ses besoins à satisfaire.**

- **La réalité de la dispensation des services en santé mentale au Québec et le développement de différentes formes d'aide impliquent la reconnaissance d'une diversité d'acteurs et d'une multiplicité de modèles d'intervention. Devant la diversité des acteurs, la notion de partenariat impose sa pertinence. La multiplicité des formes d'aide implique l'exercice d'un leadership éclairé en mesure de**

maintenir un équilibre entre les diverses composantes du système et d'assumer une difficile fonction d'arbitrage.

- **L'élargissement du champ de la santé mentale entraîne la nécessité d'une mise à contribution de différents secteurs autres que ceux des services de santé et des services sociaux. Concrétiser cet élargissement en rejoignant les limites du domaine de la santé mentale implique la présence d'un élément catalyseur, d'une volonté clairement exprimée au plus haut niveau de façon à entreprendre les actions nécessaires, selon des stratégies bien planifiées.**

Caractère de vulnérabilité associé à la maladie mentale, diversité des modes d'intervention et élargissement du champ de la santé mentale nous amènent à considérer actuellement la responsabilité de l'État et des services publics comme tout à fait centrale. Cette assertion doit immédiatement être nuancée par la nécessité d'un partage de cette responsabilité avec une multitude d'acteurs en recherche légitime d'un degré d'autonomie suffisant à l'exercice de fonctions d'aide et de services. D'aucune façon, cette nécessité ne doit servir de prétexte à une emprise technocratique ou professionnelle plus importante.

Dans le contexte particulier de la santé mentale au Québec, questionner le rôle de l'État et des services publics peut être l'occasion de dégager certaines avenues propres à donner plus d'espace et de moyens aux acteurs que nous avons identifiés précédemment, à savoir la personne en besoin, la famille et les proches, les intervenants de même que les communautés.

Dans le contexte actuel, il n'est pas dans notre intention de questionner la responsabilité de l'État face à la santé mentale des Québécois. C'est plutôt la façon dont l'État a assumé, jusqu'à présent, cette responsabilité ainsi que les rôles qu'il s'est attribué dans la dispensation des soins et des services qui doivent faire l'objet d'un nouveau positionnement, plus particulièrement dans le CHAMP de la santé mentale.

Dans le DOMAINE de la santé mentale, la responsabilité de l'État est centrale. Elle consiste essentiellement à procurer des conditions tant sociales qu'économiques qui permettent le développement et le maintien de

la santé mentale des Québécois. Ici, l'action concertée de divers secteurs devient l'assise principale de toute action. Le rôle de l'État consiste à stimuler tous les secteurs susceptibles d'exercer une influence déterminante sur la santé mentale, à susciter les coopérations nécessaires en commençant par ses propres ministères et organismes, à développer les stratégies conséquentes et à assurer leur actualisation.

Dans le CHAMP de la santé mentale, l'État, depuis les années soixante, a progressivement pris en charge le financement, l'organisation et la dispensation des soins et des services. De supplétif et complémentaire, l'État devint progressivement l'agent privilégié et presque exclusif du développement de ces soins et de ces services. À la faveur d'objectifs tels l'accessibilité, l'universalité et la gratuité, on en vint à demander à l'État de prendre la relève d'un ensemble d'organismes et de groupes voués jusqu'alors à la dispensation de soins et de services et aux tâches d'aide et d'assistance. Le réseau public de services de santé et de services sociaux a été mis en place pour répondre à cette demande.

En même temps qu'elle a permis d'assurer une meilleure accessibilité aux services et une meilleure équité dans la distribution des ressources, l'intervention massive de l'État a cependant limité la contribution des individus, des familles, des groupes et des communautés locales à la solution de leurs difficultés. La monopolisation par l'État des lieux de définition des priorités, des modes de dispensation des soins et des services ainsi que des mécanismes de contrôle, a contribué à priver progressivement le citoyen souffrant de problèmes mentaux de la capacité d'entraide des familles et des communautés. Sans pour autant revenir au rôle supplétif qu'il assumait par rapport aux responsabilités des individus, des familles et des communautés, l'État ne peut plus être le seul exécutant de ses propres politiques, le seul prestataire de services, le seul élément qui compte.

Mais comment poser aujourd'hui les fondements de l'intervention de l'État dans le CHAMP de la santé mentale? Quelles devraient être ses responsabilités et ses fonctions par rapport à celles des personnes, des

familles et des communautés locales et régionales? Les unes devraient-elles être antérieures, subordonnées ou supplétives aux autres ou seulement complémentaires les unes des autres? Dans une perspective de complémentarité, quelle est la contribution respective des uns et des autres? En quels termes proposer un nouveau **partenariat**?

Les réponses à ces questions ne peuvent être apportées sans tenir compte de la démarche qu'effectue actuellement la commission Rochon sur l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux. Les réflexions qui suivent sont donc préliminaires et devront être adaptées aux recommandations que formulera cette commission sur le rôle de l'État dans l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux.

La distinction entre les responsabilités de l'État et les rôles qu'il exerce est fondamentale. Ainsi, dans le CHAMP de la santé mentale, l'État doit continuer d'assumer les responsabilités suivantes:

- **rendre disponible les services requis pour l'amélioration de la santé mentale de la population;**
- **garantir le respect des droits des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental, incluant le droit aux soins, aux services, au support et à l'assistance que requiert leur état;**
- **assurer la protection des individus, des familles et des communautés conséquente à des comportements dangereux reliés à des troubles d'ordre mental.**

Pour assumer concrètement et aussi pleinement que possible ces responsabilités, l'État est appelé à exercer différents rôles et, plus particulièrement:

- **la définition des grandes orientations en matière de santé mentale;**
- **la détermination des services à rendre disponibles géographiquement et financièrement à toutes les personnes dont la situation l'exige;**

- la répartition équitable des ressources nécessaires à la dispensation de ces services;
- l'adoption et la révision des lois et règlements relatifs au respect des droits individuels et collectifs;
- le contrôle de la qualité des services;
- l'évaluation des résultats.

Bien qu'il puisse solliciter la collaboration de différents acteurs pour exercer de tels rôles, l'État doit en demeurer le maître d'oeuvre.

Cependant, ces responsabilités n'exigent pas et ne justifient pas que l'État soit le seul exécutant de ses politiques ou le seul prestataire de services. Dans cette perspective, le Comité estime qu'il faut donner plus d'espace et de moyens aux personnes dans le besoin, aux familles et proches, aux intervenants de même qu'aux communautés tant locales que régionales. Ainsi, un préjugé favorable doit exister pour des initiatives du milieu, en misant sur leur potentiel dans le respect de leurs compétences.

Sans nier ou sous-estimer l'importance du rôle du réseau public dans le CHAMP de la santé mentale, des actions concrètes doivent être mises de l'avant afin:

- de reconnaître le potentiel des individus, des familles, des proches et des communautés dans l'identification des besoins et la mise en place des réponses à offrir aux personnes souffrant de troubles d'ordre mental;
- d'encourager et de supporter le développement et l'épanouissement de ce potentiel dans le respect des particularités et des dynamismes locaux ou régionaux.

La reconnaissance et le support de l'État à ces initiatives dans la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux ne doivent pas être interprétés comme une obligation automatique de financement. Là comme ailleurs, des garanties de qualité sont nécessaires.

À ce stade-ci, se pose la question du rôle du secteur privé dans le champ de la santé mentale. Les initiatives individuelles à but lucratif ou non sont présentes actuellement au Québec. Il n'est pas du ressort du Comité de définir le rôle du secteur privé à but lucratif dans les services de santé et les services sociaux québécois. Ce mandat relève de la commission Rochon. Il semble toutefois important pour le Comité d'affirmer que la réflexion actuelle ne doit pas se solder par une diminution de la responsabilité collective quant à la santé mentale des Québécois ou en un transfert du coût des services et des soins requis vers les personnes ou les familles. Il nous faut insister sur ce dernier élément en raison de la vulnérabilité des personnes aux prises avec des troubles mentaux et de la responsabilité de protection qu'a l'État à leur égard.

Quel que soit son rôle dans la dispensation des soins et des services, le Comité est d'avis que le secteur privé doit être soumis aux mêmes mécanismes de contrôle de la qualité des services que ceux qui ont cours dans le secteur public. On ne peut non plus accepter le transfert du secteur privé vers le secteur public des cas les plus lourds ou les moins économiquement rentables. Il faut éviter que se créent au Québec deux systèmes parallèles, différenciés par la qualité des services, la lourdeur des cas ou le statut socio-économique des personnes.

En conclusion, les rôles de l'État doivent être exercés de façon différente. Tout en considérant comme indiscutable la responsabilité collective de l'amélioration de la santé mentale de la population, le Comité croit que la façon d'assumer cette responsabilité ne peut plus être uniquement étatique et centralisée. Elle doit pouvoir s'exercer, en partenariat avec les communautés, les familles, les personnes, dans le respect des particularités et des compétences de chacun. Dans cette perspective, l'État est un des partenaires et, dès lors, loin de se charger de répondre directement dans tous les cas aux besoins, il favorise des réponses émanant d'initiatives du milieu. À ce titre, l'État doit reconnaître, supporter et éventuellement compléter de telles initiatives s'assurant ainsi que la réponse aux besoins est rendue disponible.

CHAPITRE III

LE CHOIX D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE

Devant la complexité des problématiques énoncées, différentes avenues de solution ont été envisagées et analysées. Le défi d'un document de politique ne consiste pas à présenter l'éventail complet de ces avenues de solution mais bien davantage à proposer celles qui sont les plus susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs visés.

Cette démarche implique donc, préalablement au choix des moyens à privilégier au sein de l'ensemble des moyens disponibles, l'énoncé d'un cadre de référence pour guider l'exercice de ces choix. En plus de traduire l'esprit qui a présidé à l'élaboration de cette politique, le cadre de référence définit la perspective proposée pour l'amélioration de l'impact des efforts consentis en santé mentale, pour l'exploration de pratiques nouvelles et la nécessaire poursuite des débats en émergence, principalement dans le domaine de la santé mentale.

Le cadre de référence propose des objectifs à poursuivre, à partir de principes généraux et d'orientations spécifiques pour appuyer l'évolution[1].

3.1 Des objectifs à poursuivre

Les objectifs généraux servent à circonscrire la finalité des actions à mettre en oeuvre à la fois dans le champ et dans le domaine de la santé mentale. Leur caractère de globalité permet, dans la poursuite de la démarche, de cerner des objectifs plus spécifiques et plus mesurables, en lien direct avec les difficultés relevées.

---

(1) Un tableau synthèse présentant les objectifs, principes et orientations se trouve à la fin de ce chapitre.

Le Comité tient cependant à souligner que l'énoncé de tels objectifs généraux ne peut que s'inscrire en continuité avec la poursuite des objectifs d'accessibilité, d'universalité, de qualité et de complémentarité des services appliqués au Québec dès le début des années soixante-dix.

Ainsi, dans le champ de la santé mentale, la politique vise comme objectif prioritaire de:

I- **PERMETTRE À TOUTE PERSONNE DONT LA SANTÉ MENTALE EST PERTURBÉE OU MENACÉE, D'OBTENIR UNE RÉPONSE ADAPTÉE À SES BESOINS ET UNE ATTENTION APPROPRIÉE À SA SITUATION.**

Cet objectif traduit une volonté ferme d'actualiser le choix premier de la présente politique qui consiste à **resituer la personne au centre de nos préoccupations,** lui accordant ainsi priorité sur toute question de structure, de champ de responsabilité ou d'exclusivité de pratique.

Le second objectif rejoint le domaine plus vaste de la santé mentale et invite à prendre en considération la dimension positive de la santé mentale afin:

II- **D'ACCROÎTRE LES EFFORTS POUR FAVORISER LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DE LA SANTÉ MENTALE DE TOUTE LA POPULATION.**

Il s'agit, avant tout, de supporter la prise de conscience de l'impact d'un ensemble de phénomènes et de réalités économiques, sociales, politiques et culturelles sur le niveau de santé mentale des collectivités et de leurs membres. Ce second objectif s'inscrit en étroit prolongement de l'objectif visé dans le champ de la santé mentale, dans la recherche d'un équilibre d'aide et de promotion. La nature même de la santé mentale invite à la recherche de cet équilibre.

3.2 À partir de principes généraux

Les objectifs énoncés constituent les points d'arrivée vers lesquels la politique invite à cheminer. Pour proposer et baliser le trajet le plus susceptible d'y conduire, il nous paraît essentiel de déterminer les principes généraux qui doivent guider nos actions. Ces principes se veulent un point de ralliement pour l'ensemble des acteurs en santé mentale, traduisant un engagement collectif à l'égard de toute action. Ainsi, la politique énonce comme premier principe général:

LA PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE ET LE RESPECT AUQUEL ELLE A DROIT.

Ce principe implique la reconnaissance de la personne comme réalité de départ et raison d'être de toute action en santé mentale. Il nous invite à prendre en considération l'unicité et la spécificité de chaque personne, dans son contexte de vie, en lien avec d'autres personnes, dans son environnement social et culturel au sein d'une collectivité. Ce principe trouve son prolongement dans le respect de l'intégrité de la personne, de son cheminement, de ses différences, de ses spécificités d'âge, de sexe, de langue, de race et de culture, des liens qui la caractérisent et des choix qu'elle est en mesure d'exercer.

Le respect de la personne exige également de miser sur son potentiel, d'encourager sa participation et de favoriser la contribution des acteurs et des milieux qui lui sont significatifs. Ce principe rejoint aussi l'obligation du respect des droits telle que définie par les chartes et les lois, mais surtout l'aménagement de possibilités concrètes d'exercice de ces droits.

Le second principe général détermine une règle de base comme pierre angulaire de la répartition des efforts en santé mentale et s'énonce de la façon suivante:

L'ÉQUITÉ, comme PRÉOCCUPATION FONDAMENTALE DE TOUTE ACTION EN SANTÉ MENTALE.

Ce principe invite d'abord à un redéploiement de nos efforts en santé mentale pour rejoindre à la fois la personne, son milieu de vie qu'est la communauté ainsi que l'environnement plus général qu'est la société. Il suggère d'évoluer vers une pondération plus équitable des secteurs d'intervention que sont la promotion, la prévention, l'aide, le traitement, la réadaptation, la réinsertion et le soutien. Le principe d'équité guide également la répartition des investissements en santé mentale afin d'assurer un accès aux services le plus juste possible, autant sur le plan qualitatif que quantitatif. Enfin, ce principe implique la prise en considération d'un ensemble de facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels dont l'action combinée peut faire de la santé mentale une richesse collective.

3.3 Des orientations spécifiques

Les orientations proposées constituent les voies d'accès à l'actualisation des principes généraux. Elles ajoutent davantage de spécificité quant à la nature des moyens à privilégier pour tendre vers la réalisation des grands objectifs. Ces orientations rejoignent autant le champ de la santé mentale que le domaine, mais l'influence de chacune d'entre elles peut y varier en intensité.

Les principes énoncés nous amènent ainsi à privilégier sept orientations spécifiques.

1. **Le recours à une APPROCHE GLOBALE mettant en relation, de façon intégrée et continue, les dimensions biologique, psychologique et sociale de la santé mentale d'une personne dans le respect et l'affirmation de ses droits.**

2. **LES BESOINS DE LA PERSONNE EN SITUATION comme critère de détermination des réponses à lui offrir, en insistant sur le développement de son potentiel et en favorisant la contribution de son milieu.**

3. Le développement d'un PARTENARIAT impliquant une mobilisation concertée de la personne, de ses proches et des intervenants, des intervenants entre eux, des ressources publiques et de celles du milieu.

4. La promotion d'une APPROCHE COMMUNAUTAIRE qui favorise en priorité:

   - la recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne;
   - une association étroite avec ce milieu;
   - l'adaptation aux caractéristiques spécifiques des communautés locales et de leurs membres.

5. La priorité au MAINTIEN et à la RÉINSERTION dans le milieu de vie naturel, dans le respect de trois exigences fondamentales:

   - la disponibilité d'une réponse adaptée aux besoins;
   - une qualité de vie adéquate;
   - un support approprié.

6. Le développement d'actions INTERSECTORIELLES impliquant la contribution de différentes instances dans les secteurs d'activités qui influencent la santé mentale ou qui sont nécessaires pour fournir une réponse adaptée aux besoins.

7. La recherche de la QUALITÉ dans les actions et les interventions en privilégiant celles dont l'efficacité est démontrée et en stimulant l'innovation dans un contexte de rigueur.

Indépendamment des moyens qui seront retenus pour en confirmer l'importance, ces orientations ont trait prioritairement à des attitudes et mentalités chez un ensemble d'acteurs. Nous sommes ainsi amenés à accorder une attention particulière au rythme de réalisation des changements qu'elles impliquent et au contexte dans lequel elles auront à s'actualiser.

TABLEAU SYNTHÈSE

NOTION	COMPOSANTES	OBJECTIFS	VOIES PRIVILÉGIÉES	RÔLES DE L'ÉTAT	PRINCIPES	ORIENTATIONS
SANTÉ MENTALE	**CHAMP** Le champ regroupe: • Les personnes souffrant de troubles mentaux chroniques • Les personnes souffrant de troubles mentaux transitoires • Les personnes dont la santé mentale est menacée	Permettre à toute personne dont la santé est perturbée ou menacée d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et une attention appropriée à sa situation	Intervention Organisation des services	• Déterminer les grandes orientations • Identifier les services, répartir équitablement les ressources; • Ajustements législatifs pour assurer le respect des droits individuels et collectifs; • Contrôler la qualité des services. • Évaluer les résultats.	• La primauté de la personne et le respect auquel elle a droit • L'équité comme préoccupation fondamentale de toute action en santé mentale	1. Le recours à une APPROCHE GLOBALE mettant en relation, de façon intégrée et continue, les dimensions biologique, psychologique et sociale de la santé mentale d'une personne dans le respect et l'affirmation de ses droits. 2. LES BESOINS DE LA PERSONNE EN SITUATION comme critère de détermination des réponses à lui offrir, en insistant sur le développement de son potentiel et en favorisant la contribution de son milieu. 3. Le développement d'un PARTENARIAT impliquant une mobilisation concertée de la personne, de ses proches et des intervenants, des intervenants entre eux, des ressources publiques et de celles du milieu. 4. La promotion d'une APPROCHE COMMUNAUTAIRE qui favorise en priorité: • La recherche de solutions dans le milieu de vie de la personne; • une association étroite avec ce milieu; • l'adaptation aux caractéristiques spécifiques des communautés locales et de leurs membres. 5. La priorité au MAINTIEN et à la RÉINSERTION dans le milieu de vie naturel, dans le respect de trois exigences fondamentales: • la disponibilité d'une réponse adaptée aux besoins; • une qualité de vie adéquate; • un support approprié. 6. Le développement d'actions INTERSECTORIELLES impliquant la contribution de différentes instances dans les secteurs d'activités qui influencent la santé mentale ou qui sont nécessaires pour fournir une réponse adaptée aux besoins. 7. La recherche de la QUALITÉ dans les actions et les interventions en privilégiant celles dont l'efficacité est démontrée et en stimulant l'innovation dans un contexte de rigueur.
	DOMAINE Le domaine regroupe: • les épiphénomènes • les groupes à risque • la population dans son ensemble	Accroître les efforts pour favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de toute la population	Prévention Promotion	• Stimuler la participation des autres secteurs • Initier les coopérations • Développer les stratégies nécessaires.		

TROISIÈME PARTIE

LES MOYENS PROPOSÉS

Le propre d'une politique est avant tout la création des conditions propices à l'atteinte de ses objectifs plutôt que l'imposition de règles et de normes précises. La perspective d'ensemble qui vient d'être énoncée implique un choix de moyens qui doivent être considérés comme des premiers pas vers plus de cohérence. La réalité de la santé mentale au Québec ainsi que les dynamismes qui se manifestent dans différents milieux invitent à beaucoup de flexibilité dans les moyens mis à la disposition des acteurs, les mécanismes devant déterminer l'organisation des services de même que les stratégies visant l'amélioration de la santé mentale de la population.

CHAPITRE I

DES MOYENS À LA DISPOSITION DES ACTEURS

La personne aux prises avec un problème de santé mentale, sa famille et ses proches, les différents intervenants habilités à lui venir en aide constituent ceux que nous désignons comme les acteurs principaux en santé mentale. Grâce à une démarche qui s'est continuellement souciée de la personne et de ses besoins, il est rapidement devenu évident que les toutes premières recommandations contenues dans ce document de politique devaient s'adresser aux groupes les plus significatifs.

Il existe peu de moyens législatifs, réglementaires ou même incitatifs, à une échelle nationale, pour régir la qualité du contact humain, élément tout à fait fondamental en santé mentale. Malgré tout, des efforts majeurs doivent être consentis, efforts qui doivent viser des changements de mentalités, d'attitudes, de façons de faire et même de pratiques.

Ces changements sont profonds et constituent, pour la plupart, des facteurs importants de transformation sociale et culturelle souhaitable. À ce niveau, une politique de santé mentale ne peut exercer qu'une influence très minime. Toutefois, et dans la mesure des possibilités de chacun des acteurs, des gestes concrets impliquant certaines corrections de trajectoire doivent être posés immédiatement dans une optique qui favorise une élaboration de moyens mis à la disposition des acteurs plutôt que leur imposition. C'est la première condition d'un partenariat élargi.

1.1 Des moyens pour la personne

C'est principalement dans une situation de **rupture** que se retrouvent les personnes qui souffrent de troubles mentaux sévères; rupture avec le milieu dans lequel elles vivent ou d'où elles sont issues, rupture favorisée par le cloisonnement des services dont elles ont besoin. C'est dans la continuité de la réponse que réside une partie de la solution.

Le délai dans cette réponse constitue l'écueil principal auquel font face les personnes vivant des troubles mentaux transitoires. À un problème ponctuel, aigu et sérieux, on ne parvient pas à rendre disponible une intervention rapide et adaptée à la situation.

Une importante confusion règne autour des réponses à apporter aux personnes dont la santé mentale est menacée pour une raison ou une autre. Les actions de nature plus préventives sont nettement insuffisantes et tributaires de l'éparpillement actuel des efforts.

Cette façon de poser les problèmes ne doit pas être considérée comme exclusive à des groupes de personnes. D'y souligner une dominante permet simplement d'envisager la nature et l'ampleur des efforts à consentir, de dégager des moyens susceptibles d'apporter des réponses aux situations vécues par les personnes et de déterminer les contributions escomptées pour la concrétisation de ces moyens.

Quatre thèmes principaux sont abordés:

- la sensibilisation de la population à la condition des personnes souffrant de problèmes d'ordre mental,
- une réponse rapide lorsque se présente un problème,
- une continuité dans cette réponse lorsqu'elle doit se prolonger,
- des efforts accrus pour le respect des droits.

1.1.1 Information et sensibilisation

De façon générale, un effort important de sensibilisation à la condition des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental doit être consenti pour accroître la réceptivité à leur égard et modifier un certain nombre d'attitudes. Les moyens que l'on peut envisager dans l'immédiat ne sont pas à la mesure de la gravité des problèmes et doivent être considérés comme un premier effort.

Le Comité estime qu'il est devenu nécessaire de procéder à la planification d'une véritable stratégie d'information à l'échelle nationale,

appuyée par la participation et la collaboration des compétences locales, afin:

- d'accroître la réceptivité des différentes communautés à l'égard des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental en insistant sur la nécessité pour ces personnes de connaître des conditions d'existence décentes;

- de s'associer les communautés et les différents milieux susceptibles d'accueillir ces personnes;

- d'offrir un support accru à l'intégration sociale des personnes dans les milieux de vie;

- de diminuer le caractère stigmatisant associé aux problèmes d'ordre mental en insistant d'une part sur les potentiels des personnes qui en sont victimes et, d'autre part, en s'attaquant à certains préjugés;

- de développer des habiletés pour reconnaître les situations problématiques et orienter les personnes vers les endroits appropriés.

Compte tenu de leur position par rapport aux personnes aux prises avec des problèmes mentaux et de leur potentiel d'agent multiplicateur, les personnels des réseaux de la santé et des services sociaux de même que ceux des autres réseaux publics constituent des cibles privilégiées. À cet égard, les initiatives de ces différents milieux sont bienvenues et peuvent s'inscrire en complémentarité à une démarche d'envergure nationale.

De façon générale, l'ensemble de la population est concernée par la situation des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental.

C'est pourquoi le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure la réalisation, dans les plus brefs délais, d'une campagne de sensibilisation et d'information, s'échelonnant sur trois ans et portant sur la situation des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux:

- **associe étroitement, dans la planification et l'exécution de cette démarche, les instances et compétences locales, de même que les organismes actifs dans ce secteur;**

- **s'assure de la disponibilité des fonds nécessaires à la réalisation de l'opération et à l'utilisation des stratégies appropriées.**

R-1

La sensibilisation de la population n'est qu'un des volets de l'information. La connaissance des services disponibles sur une base locale constitue une autre forme possible. Elle sera abordée au chapitre de l'organisation des services.

1.1.2 L'accès aux services

L'accessibilité à un service adéquat dans un délai rapide revêt une importance capitale. Une véritable accessibilité à un service doit rencontrer les conditions suivantes:

- l'existence d'un lieu auquel se référer situé près du milieu de vie des personnes en besoin;

- la disponibilité du service approprié avec les ressources nécessaires à sa dispensation;

- l'encadrement de ces ressources à l'intérieur de programmes complets et de qualité.

Trois fonctions centrales font l'objet d'une attention particulière en termes d'accessibilité: l'évaluation du besoin d'une personne, le traitement immédiat qui en découle ou l'orientation vers la source d'aide appropriée.

Au cours des vingt-cinq dernières années, dans le secteur de la santé et des services sociaux, le développement des ressources publiques a été particulièrement important grâce à l'effet combiné de deux facteurs. Le premier a impliqué une augmentation du nombre et du type de "portes d'entrée" dans le système. Le second concerne une diversification et une multiplication du nombre d'intervenants professionnels.

Cet accroissement des ressources, tant humaines que physiques, a été favorisé par des réformes. L'adoption d'un régime universel d'assurance-hospitalisation a rapidement été suivie par l'ouverture de départements de psychiatrie dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. La mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie a levé une des dernières entraves à l'accessibilité aux soins et services. Le développement de nouveaux types de ressources, dont un réseau de centres locaux de services communautaires, a favorisé de nouvelles réponses aux besoins. Dans tous ces cas, le Comité estime qu'il s'agit d'acquis fort importants, à maintenir et à consolider.

Dans cet ensemble, se pose rapidement la question de l'équilibre à garder entre les différentes composantes, entre les différentes institutions et les différents professionnels oeuvrant dans ce champ. On demande à trancher dans les responsabilités respectives alors que le seul accroissement, même considérable, des ressources ne semble pouvoir garantir une réponse de qualité dans un délai approprié.

Peu de critères nous permettent d'établir clairement la délimitation des responsabilités de chacun. Des compétences dispersées entre différents détenteurs d'un savoir, des habiletés qui se mesurent bien souvent moins au diplôme scolaire ou universitaire qu'à la capacité d'une aide à dimension humaine, une demande de services difficilement canalisable vers une seule "porte d'entrée", une offre de services soumise à différentes contingences, voilà autant de facteurs qui ne sont pas de nature à faciliter l'établissement de bases solides pour le développement d'un équilibre propice à la satisfaction des besoins de la population.

L'existence d'écarts fort importants dans l'accessibilité à des soins et des services de qualité nous paraît être une problématique prioritaire dans l'immédiat et justifie qu'y soit consacrée une large partie des énergies. Les faiblesses généralisées du système de soins et de services pour la réadaptation et le soutien ne doivent pas faire oublier l'insuffisance plus localisée de services susceptibles d'offrir rapidement une évaluation et un traitement appropriés.

À ce chapitre, le Comité estime que le cadre à partir duquel peut se bâtir un nouvel équilibre dans les services publics à l'intention des personnes repose sur trois éléments principaux:

- la présence d'une gamme de services dans chaque milieu, accessibles et disponibles, orientés vers une intervention à court terme et articulés à l'intérieur de programmes établis selon les besoins et réalités des populations;
- une démarche de planification sur une base régionale déterminant les besoins de services et la mise à contribution des ressources nécessaires;
- une formule de financement des services qui vise à réduire les écarts entre différents territoires.

Pour éviter une planification normative et centralisée, nous estimons nécessaire de prévoir des mécanismes qui vont permettre une définition de besoins la plus proche possible du niveau où ils s'expriment. L'accessibilité à des services pour les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental et particulièrement pour celles qui rencontrent des difficultés temporaires peut ainsi se mesurer à la disponibilité, dans un territoire, de programmes articulés d'évaluation, de traitement et de référence.

1.1.3 Continuité et coordination

La continuité de l'intervention auprès des personnes souffrant de troubles mentaux sévères est absolument fondamentale et constitue l'élément central autour duquel doit s'articuler l'ensemble des services actuellement disponibles et ceux qui seront planifiés dans l'avenir. Son absence a été relevée comme l'un des principaux problèmes à solutionner.

Le Comité est d'avis qu'une intervention respectueuse de la personne et visant à atténuer la situation de rupture dans laquelle elle se retrouve doit être continue et s'appuyer sur les éléments suivants:

- l'identification des services requis;
- l'aménagement de services organisés en fonction des besoins de la personne;
- la coordination entre les actions de nature préventive, curative, de réadaptation et de soutien;
- le partage de l'information entre les différents intervenants auprès de la personne et de son milieu, dans le respect des règles de confidentialité.

Le Comité recommande:

Qu'afin d'en arriver à la continuité dans les interventions, le ministère de la Santé et des Services sociaux voie à ce que soit implanté, de façon obligatoire et progressive, un plan de services individualité (PSI) à l'intention de toute personne engagée dans un processus de réinsertion sociale et pour toute personne dont la condition nécessite l'action d'une pluralité d'intervenants.	R-2

Le plan de services individualisé (PSI) doit essentiellement être considéré comme un instrument privilégié pour l'intervention, un outil centré sur la personne et établi selon ses besoins. Son implantation sur une large échelle s'avère prioritaire. Toutefois, le recours systématique à un tel instrument doit s'effectuer de façon graduelle et faire la démonstration de sa pertinence en étant d'abord disponible pour des groupes précis de personnes dont le problème de santé mentale est caractérisé par la gravité et la persistance.

La recommandation implique des modifications aux articles relatifs aux plans d'intervention dans le règlement numéro 6 de la Loi sur les services

de santé et les services sociaux de façon à toucher progressivement les groupes suivants:

- les personnes qui résident dans un établissement psychiatrique incluant toutes celles qui sont aptes à retourner au sein de la communauté;
- les personnes qui souffrent de troubles mentaux chroniques associés à un handicap, une déficience intellectuelle ou un comportement antisocial;
- les personnes qui, sans avoir connu de longues périodes de vie en institution, fréquentent de façon régulière les services externes des établissements publics ou autres ressources dans la communauté.

Le Comité estime que l'obligation d'établir un plan de service individualisé ne peut guère dépasser le stade de la simple désignation de l'outil dans une réglementation. Le contenu d'un tel plan de même que ce qu'il implique comme actions autour de la personne reposent sur la détermination des intervenants dans l'utilisation d'un tel moyen et sur la rigueur dont ils feront preuve dans son application. Le plan de services individualisé doit appartenir en premier lieu à la personne qui en est bénéficiaire et constituer un moyen, et non une formule, visant de façon claire et explicite la continuité dans les services.

Ainsi, nous sommes d'avis que les critères devant présider à l'élaboration d'un plan de services doivent respecter de façon rigoureuse:

- la condition biologique, psychologique et sociale de la personne;
- le choix de la personne, dans la mesure du possible, quant à l'identification du responsable de la coordination;
- sa participation ainsi que celle des personnes significatives qu'elle souhaite associer à l'élaboration et à la révision du plan;
- la transférabilité de ce plan lorsque la personne se déplace à l'intérieur du réseau de services.

Le plan de services individualisé implique une responsabilité de coordination. On doit cependant éviter la lourdeur bureaucratique qui peut

accompagner la réalisation d'un tel moyen ou encore un ajout inconsidéré de ressources humaines créant ainsi de la confusion entre des fonctions à exercer et des détenteurs de postes. En ce sens, le Comité privilégie l'exercice de la nécessaire fonction de coordination, pour chacun des PSI, par un intervenant déjà actif dans la situation, qui devient ainsi personne-pivot. Le choix de cette personne à l'intérieur d'une équipe, selon des critères qui ne sont pas établis de façon unilatérale, doit être considéré comme la reconnaissance du potentiel, des compétences et des habiletés de l'ensemble des intervenants en santé mentale.

L'importance accordée à ce mécanisme, la souplesse qu'il implique et l'objectif qu'il vise exigent la disponibilité d'un budget de formation dans toutes les régions du Québec pour les intervenants qui ont à utiliser le PSI. De plus, la rencontre de l'objectif de continuité des services doit faire l'objet d'évaluation sur une base régionale. Un suivi rigoureux de l'ensemble de l'opération au niveau national s'avère important puisque nous estimons qu'il s'agit ici d'une des assises principales du système de services à l'intention des personnes souffrant de troubles mentaux chroniques.

1.1.4 Le respect des droits

Situer la personne au centre des préoccupations d'une politique de santé mentale et affirmer le respect auquel elle a droit comme principe de base imposent une série de moyens relatifs aux droits de la personne. Les différentes chartes, tant fédérale que provinciale, les lois générales dont la Loi sur les services de santé et les services sociaux font état de droits fondamentaux tels le droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée... Au delà de l'affirmation de droits individuels existe également celle de droits et de responsabilités collectives.

En santé mentale se pose la recherche d'un équilibre entre l'aide et le service à la personne, d'une part, et la protection de celle-ci, quelquefois celle de la société, d'autre part. La Loi sur la protection du malade mental et la Loi de la curatelle publique, pour ne nommer que

celles-là, ont été conçues et sont appliquées en fonction de ces deux paramètres, soumises à des interprétations et générant des pratiques qui ont varié considérablement au fil des époques, des lieux et des personnes qui avaient charge de leur application.

Ce n'est pas tant les détails techniques et les aspects purement juridiques qui retiennent notre attention. Nous avons plutôt choisi de mettre l'accent sur deux recommandations plus susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs de cette politique: la protection des droits des personnes de même que les balises qui doivent guider la définition et l'application des lois.

Le respect des droits de la personne ne relève pas uniquement de la disponibilité de textes qui donnent un cadre légal à l'intervention. Si ceux-ci en arrivent à limiter le pouvoir que détient un individu sur un autre, ils sont généralement peu indicatifs de la façon dont le respect de ses droits peut, en pratique, être raffermi, protégé et promu.

Compte tenu de la diminution de capacité provoquée par un problème d'ordre mental et devant la complexité du système de services, il est devenu essentiel d'assurer le développement plus systématique d'une véritable fonction d'"advocacy" au Québec. Ce terme fait référence à la promotion des droits des personnes, à la protection de ces droits et à la disponibilité d'outils pour en faciliter l'exercice. Le recours à ce service doit s'exercer en faveur de toute personne éprouvant des problèmes d'ordre mental, indépendamment de son milieu de vie.

Pour concrétiser l'exercice de la fonction d'"advocacy", le Comité a envisagé plusieurs hypothèses dont la création de postes d'"ombudsperson". D'aucune façon, une telle mesure ne doit atténuer l'action de plusieurs groupes engagés dans ce secteur de même que la portée des quelques initiatives émanant d'institutions qui se sont dotées d'un tel mécanisme. L'importance accordée à cette fonction implique sa mise en place le plus près possible des lieux où se vivent les situations qui font problème.

Au chapitre du respect des droits en santé mentale, le Comité recommande:

Que les conseils de la santé et des services sociaux procèdent à la nomination d'une personne qui exerce, dans chaque région, les rôles et responsabilités dévolus à la fonction d'"ombudsperson".

Que l'ombudsperson soit tenu au dépôt auprès de la Ministre et à la publication d'un rapport annuel faisant état des problèmes rencontrés quant au respect des droits et des mesures mises de l'avant pour y remédier.

R-3

Outre le renforcement des recours actuellement disponibles, cette recommandation implique que des efforts plus importants et plus soutenus doivent dorénavant être consentis pour favoriser l'information et la sensibilisation des personnes elles-mêmes, de leurs proches, des intervenants et de la population sur l'importance du respect des droits des personnes.

Enfin, cette mesure ne s'inscrit pas à l'intérieur d'un cadre rigide et peut varier dans ses formes d'expression. Cependant, nous estimons que son développement doit être appuyé de façon systématique, suivi de manière constante et évalué périodiquement à un niveau central de façon à vérifier l'atteinte des objectifs visés.

Une importante opération de révision de la législation québécoise a été amorcée, laissant prévoir des modifications substantielles au Code civil, à la Loi de la curatelle publique et à la Loi sur la protection du malade mental. De façon générale, nous estimons que l'ensemble des dispositifs législatifs doivent viser un élargissement de l'exercice de l'autonomie et en moduler la pratique. En fonction des orientations proposées par cette politique et pour faire en sorte que celles-ci puissent imposer leur pertinence sur le plan légal, le Comité estime que les lois touchant les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental doivent:

- **viser une harmonisation la plus adéquate possible avec les chartes canadienne et québécoise;**

- assurer la présence de mécanismes permettant une gradation des moyens lorsque des processus restrictifs doivent survenir de même qu'une révision constante des décisions qui en découlent;

- s'inscrire en concordance avec les orientations de la politique de santé mentale.

Le Comité en arrive ainsi à recommander:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, à la lumière des difficultés relevées par les "ombudspersons", prenne les moyens nécessaires à une modification des lois existantes quant à leur application dans le champ de la santé mentale, principalement en ce qui concerne la Loi sur la protection du malade mental et la Loi de la curatelle publique.

R-4

Il n'y a pas que les lois s'adressant directement aux personnes aux prises avec un problème d'ordre mental qui doivent faire l'objet d'attention. Dans d'autres domaines, et notamment en matière de zonage, d'habitation et d'aide sociale, existent un certain nombre de barrières pour des actions complètes et efficaces. On soulève également des problèmes pratiques mettant en cause différents acteurs du réseau de la Justice auprès desquels un travail systématique d'information et de sensibilisation reste à faire. Ces démarches vont exiger un effort particulier de collaboration intersectorielle. Au sein même du réseau de la Santé et des Services sociaux et particulièrement chez ceux et celles qui oeuvrent directement auprès des personnes, un investissement du côté de la formation des intervenants sur les droits et la teneur des lois s'avère nettement pertinent.

1.2 Des familles et des proches à reconnaître comme acteurs

La situation des familles dont un des membres vit un problème d'ordre mental persistant et qui demeure auprès des siens nous paraît devoir faire l'objet d'une attention particulière, compte tenu de l'impact à long terme pour toutes les personnes en cause.

Lorsqu'une personne rencontre des difficultés d'ordre psychique, son premier recours se situe habituellement dans son entourage immédiat, en marge des grands systèmes d'intervention. La relation d'aide qui s'établit peut souvent contribuer à apporter une solution au problème n'entraînant ainsi la nécessité d'aucune action structurée.

La place de la famille et des proches comme acteur en santé mentale a été modifiée graduellement par le développement d'un système complexe d'intervention, d'une part, et par l'insuffisance du nombre de ressources habilitées à leur venir en aide, d'autre part. Conséquence immédiate, les familles et les proches sont rarement partie à une intervention que l'on souhaite pourtant globale.

Pour corriger cette situation, les avenues sont nombreuses et impliquent en tout premier lieu des changements profonds dans nos façons d'agir. Une considération plus importante pour la famille et les proches passe par la prise de conscience, chez l'ensemble des intervenants, du fait que les milieux qui demeurent les plus significatifs pour la personne en difficulté sont ceux qui ont façonné son quotidien et établi avec celle-ci une relation d'aide à la mesure de leurs capacités. Ces milieux doivent être écoutés, associés à toutes les phases de l'intervention et supportés adéquatement.

Il serait toutefois utopique de croire que, dans un avenir immédiat, pourront être modifiées radicalement nos façons d'établir une relation positive avec les familles et les proches des personnes aux prises avec des problèmes mentaux sévères et persistants. Le caractère profondément humain sous-jacent à une saine relation entre proches et intervenants ne peut surtout pas être imposé, réglementé ou faire l'objet d'une quelconque programmation. Il en va plutôt, pour l'intervenant, de son sens des responsabilités de même que la reconnaissance de ses capacités et, surtout, de ses limites.

Habiliter la famille et les proches à intervenir dans certaines situations, à demander une aide extérieure au moment opportun, **les informer adéquatement**, leur fournir le support psychosocial nécessaire et les as-

surer d'une disponibilité en cas de besoin constituent des éléments de base d'une intervention globale et responsable à l'égard de la personne aux prises avec un problème d'ordre mental. De telles actions impliquent des efforts significatifs en ce qui a trait:

- **aux modalités d'intervention qui prévoient la participation de la famille et des proches;**
- **à l'augmentation de la disponibilité des ressources psychosociales habilitées à intervenir auprès des familles et des proches;**
- **à la formation des intervenants.**

Des recommandations ayant trait aux ressources psychosociales, à la formation et à la recherche portent sur ces points précis et témoignent de l'importance que le Comité juge essentiel d'accorder au rôle des familles et des proches dans le champ de la santé mentale.

C'est en terme d'appui à la famille supportant un de ses membres aux prises avec un sévère problème d'ordre mental qu'une première étape importante peut être franchie. Malgré l'existence d'un réseau de services publics où est assurée une relative accessibilité, le Québec doit encore progresser au chapitre du soutien. Aménagement du temps de travail, politiques d'habitation, de loisir, mesures fiscales, aide financière directe restent encore des domaines peu ouverts à la condition des familles et des proches en une relation d'aide ou d'appui avec une personne en difficulté.

Selon une estimation conservatrice, il existerait au moins 15 000 familles dont l'implication auprès de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants n'est reconnue d'aucune façon, soutenue par aucun programme et encouragée par aucune aide particulière. Parmi les moyens susceptibles de favoriser un allègement de tâche aux familles et aux proches de façon à éviter l'épuisement physique et émotif, les mesures de répit s'imposent par leur pertinence et paraissent réalisables dans l'immédiat. C'est pourquoi le Comité considère hautement prioritaire de recommander:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux consacre un budget protégé à l'implantation d'un programme de répit à l'intention des familles et des proches, afin de leur offrir des moyens concrets pour éviter une surcharge émotive, physique ou matérielle.

Que ce programme soit créé et mis en place sur des bases régionales ou sous-régionales, en collaboration étroite avec les regroupements de familles et de proches.

R-5

Outre les mesures de répit à être mises à la disposition des familles et des proches, l'association avec les regroupements de familles et de proches dans la définition du besoin et la réalisation du programme doit être considérée comme l'expression d'une préoccupation manifeste de se donner un moyen flexible et adapté aux réalités des différents milieux. Enfin, la formule retenue pour l'actualisation de l'opération impliquera un soutien financier adéquat pour les regroupements associés à cette démarche.

Compte tenu du rôle que peuvent jouer la famille et les proches dans le champ de la santé mentale, la création d'un programme de répit doit être considérée comme un premier pas vers la pleine reconnaissance du potentiel de cet acteur dans l'ensemble du système de soins et de services en santé mentale.

1.3 En appui aux intervenants

Le capital humain engagé dans le champ de la santé mentale constitue une véritable clef de voûte de tout le système de soins et de services. Plus que dans d'autres champs, le recours à des technologies demeure très limité propulsant au premier plan la qualité de l'intervenant, sa compétence et sa capacité à établir et à maintenir une relation d'aide à dimension humaine.

Les intervenants, et plus particulièrement ceux et celles qui sont engagés dans une relation d'aide, que l'on désigne par le terme "care",

se heurtent quotidiennement à la dure réalité des personnes aux prises avec des problèmes intenses et sévères. Ils doivent composer avec les contraintes d'un système où les grands paramètres de leur environnement de travail sont établis selon des logiques souvent extérieures aux conditions particulières de pratique en santé mentale. L'encadrement professionnel et institutionnel auquel sont soumis les intervenants n'est pas toujours propice à une pratique qui doit considérer la personne dans sa globalité et l'accompagner dans les lieux qui lui sont significatifs. En ce sens, le Comité rappelle l'importance d'un support aux intervenants en santé mentale compte tenu de la difficulté identifiée de maintenir à la fois la distanciation et l'empathie appropriées.

En appui aux intervenants, dans une perspective qui assure la primauté de la personne, deux moyens sont à privilégier. D'une part, la **formation** des intervenants doit connaître une nouvelle impulsion et se définir de nouveaux paramètres. D'autre part, l'intervention elle-même doit être supportée par le développement de tout le secteur de la **recherche.**

1.3.1 La formation des intervenants

Les orientations qui sont proposées par cette politique comportent des exigences considérables pour ceux et celles qui oeuvrent en santé mentale. Elles impliquent également que le développement des compétences doit être articulé en fonction de certains axes visant ainsi une amélioration générale de la pratique dans le champ de la santé mentale. Des efforts particuliers doivent donc être consacrés:

- **pour l'intégration des connaissances favorisant la multidisciplinarité des pratiques;**(1);
- **au débordement des lieux traditionnels de pratiques vers les milieux où se vivent les problèmes et se définissent de nouvelles approches;**

(1) Par multidisciplinarité, le Comité désigne la mise à contribution des compétences spécifiques de chaque discipline pour une action concertée.

- à la mise à contribution de tous les acteurs significatifs dans le champ de la santé mentale;

- à l'ouverture sur les nouvelles problématiques.

Pour concrétiser ces éléments, le Comité estime qu'une attention particulière doit d'abord être accordée à la **formation continue.** De façon générale, les programmes doivent être accessibles à l'ensemble des intervenants, qu'ils soient en établissement, dans un organisme, ou engagés dans une relation d'aide avec un proche. En centrant son action sur les personnes, il est possible de déterminer les intervenants pour lesquels les programmes de formation continue doivent être prioritairement accessibles. Il s'agit:

- de ceux qui travaillent en institution et qui vont accompagner la personne vers des services dans la communauté;

- de ceux qui sont dans la communauté et vont recevoir les personnes qui quittent le milieu institutionnel;

- des intervenants qui assurent le maintien des personnes dans la communauté;

- de ceux qui donnent des soins intra-hospitaliers dans un contexte de désinstitutionnalisation.

Parmi les objectifs et les conditions de réalisation des programmes de formation continue doivent figurer, en priorité, la multidisciplinarité de la formation sur les lieux de pratiques et la détermination de modalités d'accréditation de la formation reçue. L'adaptation des différents programmes aux réalités régionales et locales doit également être considérée, ce qui signifie beaucoup de flexibilité.

Le Comité considère tout à fait fondamental d'investir de façon beaucoup plus importante dans le développement des ressources humaines engagé dans le champ de la santé mentale. L'importance d'une relation de qualité à laquelle on ne peut substituer aucune technologie doit être reconnue grâce à une augmentation significative de la part actuellement consacrée à la formation des intervenants. Pour signifier l'attention qui doit désormais

être accordée aux ressources humaines dans un secteur amené à connaître un changement important au cours des prochaines années le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que les budgets de formation continue en santé mentale soient augmentés annuellement de 30% pendant les trois prochaines années afin de favoriser:

- **l'intégration des connaissances permettant la multidisciplinarité des pratiques;**
- **le débordement des lieux traditionnels de pratiques vers les milieux où se vivent les problèmes et se définissent de nouvelles approches;**
- **la mise à contribution de tous les acteurs significatifs dans le champ de la santé mentale;**
- **l'ouverture sur les nouvelles problématiques.**

R-6

Cette recommandation implique que les budgets de formation continue actuellement disponibles seront au moins doublés au cours des prochaines années. Il importe cependant que le rythme de l'investissement puisse tenir compte du temps de mise en place des programmes prioritaires, de la disponibilité de formateurs et des coûts inhérents au remplacement des personnels admissibles à ces programmes.

De façon prioritaire, les programmes de formation continue doivent porter sur les thèmes suivants:

- **l'élaboration et l'utilisation des plans de services individualisés;**
- **l'exercice du rôle de personne-pivot;**
- **le respect des droits;**
- **les formes et modalités d'intervention auprès des familles, des proches et des communautés.**

Par ailleurs, **la formation de base** nécessaire à la pratique dans le champ de la santé mentale doit également faire l'objet de certains ajustements dont les contours peuvent s'apparenter aux objectifs spécifiques retenus pour la formation continue, particulièrement pour ce qui a trait à

la multidisciplinarité et à l'intervention dans le milieu de vie de la personne.

De façon à favoriser l'adaptation de l'enseignement aux futurs intervenants en fonction d'un ensemble de réalités vécues dans la pratique, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Education supérieure et de la Science , conjointement avec les universités, les collèges et les différents milieux d'enseignement, procèdent à une révision des programmes de formation de base pour différentes catégories d'intervenants en santé mentale.

Que, pour les deux prochaines années, cette révision soit complétée pour les programmes de sciences infirmières et de médecine générale et, pour les cinq prochaines années, qu'elle soit étendue aux éducateurs spécialisés, aux ergothérapeutes, aux psychiatres, aux psychologues et aux travailleurs sociaux.

Que cette révision vise principalement à développer:

- **une formation plus conforme aux exigences d'une approche globale;**
- **une formation permettant une prise de contact avec les diverses clientèles et les nouvelles formes de pratique;**
- **les habiletés à travailler en multidisciplinarité.**

Qu'à l'occasion de cette révision soit prise en considération la possibilité d'introduire une formation spécialisée en santé mentale pour les infirmières et les travailleurs sociaux.

R-7

Les omnipraticiens constituent des intervenants importants en santé mentale que l'on a souvent tendance à oublier malgré leur position stratégique au niveau de l'évaluation, du traitement et de la référence. De façon générale, ils s'estiment inadéquatement formés pour jouer convenablement le rôle qu'ils sont appelés à remplir dans le champ de la santé menta-

le. Plus spécifiquement, pour rencontrer les exigences d'une pratique conforme aux besoins des personnes et toujours en vertu du cadre de référence énoncé dans ce document de politique, le Comité est d'avis que les omnipraticiens devraient recevoir une formation accrue en psychiatrie au niveau du cours de médecine et de la formation continue. C'est pourquoi le Comité recommande:

À la Corporation professionnelle des médecins du Québec d'inciter les différentes instances concernées à accroître l'élaboration et la diffusion de programmes de formation continue permettant aux omnipraticiens d'améliorer leurs interventions auprès de personnes touchées par des problèmes de santé mentale.

R-8

Toutefois, c'est sur une base régionale, en fonction de besoins préalablement identifiés, que devront être élaborés des programmes de formations plus spécifiques en santé mentale pour des médecins omnipraticiens disposés à dispenser des soins psychiatriques généraux.

Importance de l'investissement à consentir dans la formation continue et attentes signifiées quant à la formation de base constituent deux jalons susceptibles de conduire à une amélioration des services en santé mentale dans la mesure où ils pourront s'inscrire dans une perspective d'ensemble. L'ampleur des changements qu'ils peuvent générer est conditionnelle à l'amélioration générale des connaissances et habilités de ceux et celles qui oeuvrent dans ce champ.

1.3.2 La recherche en santé mentale

L'examen du secteur de la recherche en santé mentale fait ressortir deux problèmes de base. Le premier concerne son sous-financement et traduit, à sa façon, un certain désintéressement pour ce champ. Le second découle de la nature diffuse des connaissances et de la difficulté d'en favoriser l'intégration à l'intérieur des structures qui assurent actuellement le financement de la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Devant cette situation, trois ordres de moyens peuvent favoriser le nécessaire déblocage. C'est ainsi que le Comité retient une première balise quant à la part de financement qui doit être attribuée à la recherche en santé mentale déterminant ainsi certaines conditions de développement. En second lieu, sont proposées des façons d'en arriver à plus de complémentarité. Enfin, la recherche en santé mentale doit de plus en plus se définir et s'orienter en fonction d'un support accru à l'intervention.

Autant les consultations menées sur le sujet que les analyses démontrent une nette insuffisance de la recherche en santé mentale et l'état de sous-financement dans lequel se retrouve ce secteur. Avant de recommander une injection de fonds, il fallait établir le point de repère nécessaire à la détermination d'un ordre de grandeur. Le Comité en est ainsi arrivé à estimer une part attribuable à la recherche en santé mentale en fonction de l'importance que prend ce secteur dans l'ensemble du système de santé et de services sociaux. Conséquemment, il recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que, d'ici trois ans, 15% du budget de recherche en santé soit alloué à la recherche en santé mentale.

R-9

Une telle recommandation a pour effet de multiplier de façon très importante les efforts actuellement consentis pour la recherche en santé mentale. Elle implique que des fonds nouveaux, substantiels, soient disponibles pour différentes activités de recherche épidémiologique, organisationnelle, évaluative, clinique ou fondamentale. À l'intérieur de ces formes, la recherche sur les déterminants de la santé mentale en lien avec le secteur de la prévention, et la recherche sur les aspects psychosociaux de la maladie mentale doivent être privilégiées, compte tenu des lacunes sérieuses qui existent actuellement à ce chapitre.

Diverses possibilités ont été envisagées quant à la façon la plus appropriée de concrétiser l'impulsion qui doit être donnée au secteur de la recherche en santé mentale. La création d'un nouvel organisme subventionnaire ou la mise à contribution des organismes existant peuvent s'avérer des hypothèses plausibles. La nécessité d'une intégration beaucoup plus poussée des connaissances ainsi que le nombre relativement restreint de chercheurs concourrent à favoriser une approche qui s'appuie sur l'association étroite des organismes subventionnaires existants, principalement le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale.

En insistant sur l'intégration des connaissances et la nécessité de situer la recherche en santé mentale dans une perspective qui tient compte des dimensions bio-psycho-sociale, le Comité recommande:

Que le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) s'assurent du fonctionnement de mécanismes conjoints de détermination de priorités, d'analyse de projets et de modalités d'allocation de subventions pour des projets de recherche en santé mentale.

R-10

Parmi les mécanismes, la constitution de comités de pairs qui réflètent la spécificité et la multidisciplinarité du champ de la santé mentale de même que la réalisation de projets mettant à contribution des chercheurs provenant de différentes disciplines constituent des avenues à explorer. La formation de chercheurs et le support à leur offrir à moyen et long termes demeurent des attentes tout aussi importantes en santé mentale que dans les autres secteurs. Enfin, la présence de personnes issues du secteur de la santé mentale au sein des conseils d'administration des organismes subventionnaires de recherche s'impose comme une exigence minimale.

Cette association devrait faciliter l'élaboration des thèmes prioritaires de recherche à la lumière des réalités actuelles dans le champ et le domaine de la santé mentale.

À cet effet, le Comité recommande:

Aux organismes subventionnaires, de s'assurer pour les prochaines années que des efforts accrus de recherche seront orientés vers:

- **la prévention et les dimensions psychosociales de la maladie mentale;**
- **l'estimation des besoins de la population selon les variables socio-démographiques les plus significatives pour mieux cibler les interventions de nature préventive;**
- **une meilleure connaissance des possibilités offertes par la réadaptation et une évaluation plus soutenue des différents processus de réinsertion sociale;**
- **une meilleure compréhension du rôle et de la contribution de la famille, des proches et du mouvement communautaire dans l'intervention et la dispensation des services.**

R-11

En établissant ces priorités, le Comité met l'accent sur la recherche en santé mentale orientée vers l'amélioration de l'intervention. Le lien chercheur-intervenant doit être enrichi notamment par le développement d'une recherche évaluative qui vise à susciter le renouvellement et l'innovation des pratiques.

Il existe déjà, à l'échelon régional, certains programmes qui tentent de favoriser ce lien. Une préoccupation plus importante pour la recherche évaluative en santé mentale doit être encouragée près des endroits où se déroulent les actions. Pour ce faire, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse comme dépenses admissibles les frais encourus par les établissements relativement à des évaluations de programmes portant principalement sur:

- **la prévention chez les enfants et les adolescents;**
- **les interventions d'appui et de support aux familles, et aux proches et à l'environnement immédiat;**
- **les interventions en situation de crise;**
- **les actions de maintien, de réinsertion et de réadaptation.**

R-12

En insistant sur la multidisciplinarité, d'une part, et sur le lien chercheur-intervenant, d'autre part, le seul secteur de la recherche fournit une indication juste du sens que l'on donne au **partenariat élargi.**

1.4 La communauté

Même si ce document de politique a inscrit la communauté comme l'un des acteurs principaux en santé mentale, nous pénétrons ici dans un univers extrêmement complexe où il ne saurait être question de songer à une quelconque forme d'encadrement, de contrôle ou même à la création de programmes visant à organiser les communautés. Reconnaître la communauté comme un acteur consiste essentiellement à tenter d'ouvrir un système de soins et de services sur les milieux en fonction desquels il existe et au service desquels il doit mettre ses ressources. Nous sommes ici sur le terrain vertueux de la prise de conscience.

En santé mentale, la question de la communauté est paradoxale. Cause de certains problèmes, résistance face à la présence de malades mentaux en son sein, engagements concrets qui s'y profilent sont autant de situations qui font que la communauté ne peut être abordée selon un schéma homogène. En termes de moyens, le paradoxe peut se traduire par la séquence

prévention-sensibilisation-action. Les paramètres du premier terme sont définis plus loin dans ce document. Le second est à peine effleuré alors que le troisième constitue l'essentiel du propos et se présente comme introduction au chapitre sur l'organisation des services.

Il reste beaucoup de chemin à faire pour sensibiliser la population à la condition des personnes aux prises avec un problème d'ordre mental. La démystification de la maladie mentale constitue certes une voie à emprunter pour atténuer la résistance à la présence même de ces personnes dans la communauté. Cette résistance est souvent alimentée par un certain nombre de facteurs et, notamment, par la façon dont on assure le traitement de l'information. L'absence de normes spécifiques dans ce domaine fait qu'un ensemble de personnes ont à subir des préjudices importants pour des gestes qu'ont posés d'autres personnes. En complément à différentes mesures de sensibilisation de la population et dans la perspective d'une plus grande tolérance chez les différentes communautés à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, le Comité choisit comme cible les personnels des différents médias d'information et recommande en conséquence:

Au Conseil de presse du Québec de procéder à l'élaboration de normes spécifiques relativement au traitement de l'information concernant des personnes souffrant de maladie mentale et de supporter l'application, le respect et la promotion de ces normes auprès de tous les médias d'information afin d'éviter la stigmatisation et les préjudices à l'endroit des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental.

R-13

C'est toutefois le potentiel d'intervention de la communauté qui nous intéresse plus fondamentalement que les barrières qu'on y retrouve et qui peuvent d'ailleurs être portées au crédit d'une foule de facteurs. L'existence d'une multitude de formes de regroupements, d'expressions, de structures sociales primaires et de champs d'intérêts impose certains éclaircissements quant au sens du terme communauté de même qu'au contenu souvent énigmatique et même conflictuel auquel il fait référence. Désigner la communauté comme un acteur en santé mentale, c'est lui reconnaître la respon-

sabilité d'un rôle et surtout lui concéder l'espace nécessaire pour l'exercer.

C'est d'abord autour de la notion d'entraide que peut s'esquisser une première caractéristique du rôle exercé par la communauté. Nous faisons référence ici à l'un des moyens d'action qui prend naissance dans les communautés, un moyen qu'elles se donnent et qui ne peut être régi par aucun code extérieur. De façon singulière, on est conduit à déterminer l'une des assises indispensables à la structure d'une organisation de services. Nous sommes ainsi placés devant deux réalités: celle d'un réseau informel d'entraide et de support défini et maintenu majoritairement par la communauté, à la mesure de ses capacités, de même que celle d'un réseau public de services largement exigé par les besoins de ces mêmes communautés. La coexistence des deux réalités implique la recherche d'un équilibre dans l'exercice d'un certain nombre de fonctions.

Une seconde caractéristique peut être introduite sous l'angle des regroupements qui s'effectuent à l'intérieur des communautés en fonction d'une diversité d'intérêts et de situations. Certains regroupements s'organisent de façon plus ou moins formelle, s'expriment, disparaissent pour parfois renaître sous d'autres formes. D'autres groupes demeurent tout à fait informels et souvent impénétrables à cause d'une distance culturelle ou d'une spécificité d'organisation.

La réalité du secteur de la santé mentale au Québec et, en partie, de la dispensation des services fait que certains de ces regroupements en sont venus à développer une activité de plus en plus légitime, en suppléance ou en appui au système conventionnel de services.

Le mouvement encore en émergence, dont certaines composantes se font déjà remarquer par leur constance, est constitué de l'expression de dynamismes locaux . Son action représente toutefois un élément de poids aussi bien dans le champ que dans le domaine de la santé mentale. Il pose une seconde fois la question d'un équilibre à créer entre deux nécessités: celle d'une action la plus près possible des lieux où se vivent les problè-

mes et celle d'une action qui comporte ses exigences quant à la qualité de la pratique professionnelle.

L'existence des groupes communautaires de même que leur développement imposent, à tout le moins, une attitude de respect qui peut s'exprimer de plusieurs façons: **leur concéder une place concrète dans l'intervention à la mesure de leurs capacités, leur donner une voix au chapitre dans la dispensation de services, les légitimer dans l'exercice de leurs compétences.** Pour l'ensemble du système de soins et de services en santé mentale, ils doivent être cotoyés avec la sagesse d'échanger et non l'ambition de récupérer.

* * *

Avec le propos sur la communauté se termine le positionnement des différents acteurs dans le champ de la santé mentale, démarche préalable à la proposition des mécanismes devant déterminer les paramètres d'organisation des services et la mesure du partenariat recherché.

CHAPITRE II

L'ORGANISATION DES SERVICES

Un système de soins et de services articulé en fonction des besoins des personnes, qui fait une place de choix aux milieux les plus significatifs et qui veut tirer le maximum de profit des énergies qui y sont investies, implique une organisation de services à la fois flexible et cohérente. La nature des éléments à prendre en considération et des objectifs poursuivis nous amène à délaisser la voie d'un modèle unique.

Miser sur un certain nombre d'acquis dont l'existence d'un vaste réseau de ressources publiques, corriger des lacunes dans les règles qui régissent plus particulièrement les liens entre les composantes de ce réseau et en favoriser l'ouverture concrète sur les réalités vécues par les personnes à l'intérieur de leur milieu respectif constituent les principaux paramètres proposés par cette politique. Il est ainsi possible d'en arriver à des modalités nouvelles d'organisation où le service prime plutôt que la structure.

Dans le cadre d'une démarche de planification à effectuer dans les régions du Québec, les rôles et responsabilités des différentes composantes doivent se définir à partir des besoins et réalités de ces territoires et non selon des normes rigides qui laissent peu de place à l'initiative et à l'adaptation.

Dans le champ de la santé mentale et principalement autour des personnes aux prises avec les problèmes mentaux les plus sévères, l'évolution des dernières années est particulièrement révélatrice de la nature et de l'ampleur du défi posé au système de soins et de services en santé mentale en termes d'articulation de ses composantes. Élargir le champ de la santé mentale et les préoccupations conséquentes à d'autres groupes de personnes dont les besoins sont tout aussi importants vient ajouter encore plus d'acuité. S'il est des priorités à établir, elles doivent étroitement s'articuler, en tout premier lieu, en fonction des impératifs de chaque milieu.

2.1 Hors les murs

Dans le champ de la santé mentale au Québec, deux mouvements sont particulièrement significatifs pour cerner le contexte général à partir duquel s'est établie l'actuelle configuration des ressources. D'une part, les établissements ont déployé une partie de plus en plus grande de leurs activités dans la communauté, sous différentes formes. D'autre part, issus des communautés, ont émergé et se sont développés des groupes qui ont mis sur pied différents types de services.

La diversification des structures et, par voie de conséquence, des termes utilisés pour les désigner nécessite certains éclaircissements.

2.1.1 Les ressources communautaires

Le Comité est d'avis que les distinctions proposées par le Comité de la santé mentale du Québec[1] quant aux fonctions exercées par les ressources communautaires constituent un point de départ pour leur classification.

Tout d'abord, il faut distinguer les **groupes de promotion et de défense des droits** qui ont ceci de particulier qu'ils exercent leur rôle à partir d'une connaissance pratique acquise au contact des personnes ayant des problèmes d'ordre mental.

Les **groupes d'entraide**, quant à eux, ont pour point de départ la volonté d'un groupe de personnes de s'associer dans la recherche d'une réponse à une situation jugée problématique, de s'entraider en mettant en commun leurs expériences et compétences.

---

(1) Comité de la santé mentale du Québec (Roger Paquet, Francine Lavoie, Gaston Harnois, Michelle FitzGerald, Christine Gourgue, Nicole Fontaine): La santé mentale - rôles et place des ressources alternatives. Avis sur les ressources alternatives. Gouvernement du Québec. 4e trimestre 1985. 168 pages.

D'autre part, **les ressources communautaires de services** sont caractérisées par le fait qu'elles tirent leur origine d'un milieu donné, en réponse à des besoins spécifiques, et proposent une approche différente ou nouvelle. Leur présence traduit une volonté d'engagement et d'action de la part de certains membres d'une communauté locale.

Le Comité s'est interrogé sur les modalités à établir pour favoriser la participation de ces diverses ressources communautaires à l'ensemble du système. On peut également anticiper que la démarche de la commission Rochon devrait fournir des paramètres nouveaux tant sur le financement de ces groupes que sur les façons pour le réseau public de composer avec ces partenaires dans une nouvelle organisation de services.

Les groupes d'entraide, de promotion, de défense des droits

Le Comité considère qu'une large autonomie doit être laissée aux groupes d'entraide, de défense des droits et de promotion de la santé mentale. Ils exercent une action légitime au sein de leur milieu à partir de l'appui qu'ils y recueillent. Cette action peut être facilitée par différentes mesures de support technique et financier fourni par les membres de la communauté, les organismes qui s'y engagent, les établissements publics et, à la limite, par l'État lui-même.

Par exemple, un établissement du réseau public, quel qu'il soit, fait partie intégrante de la communauté où s'exerce son action. Mettre à la disposition de la collectivité et des groupes qui l'animent les équipements dont ils bénéficient constitue un engagement tout à fait élémentaire qu'aucune programmation ne peut encadrer.

Ces ressources qui mettent largement à contribution l'appui des membres de la communauté particulièrement sous forme d'action bénévole, doivent maintenir cette affiliation avec le milieu et continuer à compter sur son support. Toutefois, cette caractéristique n'élimine pas la nécessité d'une proportion de financement public.

Toutefois, un minimum de support envisagé sur une base nationale dans une démarche visant à faciliter toutes ces formes nécessaires et légitimes d'aide peut constituer un stimulant respectueux de la réalité de ces groupes et en favoriser l'épanouissement.

Dans cette perspective, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux établisse, dans les plus brefs délais, les formes et les modalités de support qu'il met à la disposition des groupes d'entraide, de promotion et de défense des droits, qu'il précise ses critères de sélection et qu'il en informe clairement les destinataires afin d'en simplifier l'accès.

R-14

Les ressources communautaires de services

Les ressources communautaires de services se distinguent par les fonctions qu'elles exercent comme productrices de services dans le champ de la santé mentale, principalement dans les secteurs de la prévention, de la réadaptation et de la réinsertion sociale. Elles prennent la forme de centres de jour, de maisons de transition, de services de formation à l'emploi et de placement, de lieux d'hébergement et autres. En ce sens, elles viennent élargir et diversifier la gamme de ressources disponibles, exerçant souvent une action supplétive. À l'autonomie qu'elles conservent vient se greffer la question de leurs responsabilités par rapport aux personnes pour lesquelles elles existent. Leur vocation communautaire, qui s'exerce "ailleurs et autrement", implique aussi leur insertion dans un réseau de services.

Avant d'en arriver à une organisation de services où les ressources communautaires occupent une place à la mesure des rôles qu'elles exercent dans le champ de la santé mentale, il existe un préalable, celui de leur

pleine reconnaissance comme dispensateur de services. À ce sujet, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux révise la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de reconnaître la légitimité de l'action des ressources communautaires exerçant des fonctions supplétives ou expérimentales dans la dispensation de services en santé mentale.

R-15

En 1986-1987, environ quatre millions de dollars ont été accordés en subventions à des organismes communautaires dispensant des services dans le champ de la santé mentale. Les demandes de support financier présentées au Trésor public pour de tels organismes dépassent largement le support consenti. Cependant, laissant ainsi présager des possibilités beaucoup plus grandes d'implication de ces regroupements dans les services aux personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental. C'est l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux qui est interpellé par une volonté de plus en plus manifeste de participation à la dispensation des services. Le budget consacré l'an dernier par le ministère de la Santé et des Services sociaux au programme de soutien aux organismes communautaires se chiffrait à vingt millions de dollars. Par ailleurs, les demandes de subventions s'élevaient à plus de soixante millions. Dans le champ de la santé mentale, cette demande existe et elle cible les secteurs prioritaires d'action que sont le maintien et la réinsertion sociale. Pour bien signifier l'engagement qui est pris à l'égard des organismes communautaires dans le champ de la santé mentale et afin de permettre à un plus grand nombre de prendre une part active dans la dispensation des soins et des services, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux double dès maintenant son budget consacré au financement des services dispensés par des groupes communautaires dans le champ de la santé mentale.

Qu'il détermine les modalités assurant une répartition régionale de ce budget afin de favoriser une plus grande participation de la communauté dans la dispensation de services.

R-16

La recommandation qui précède implique que le financement public de ces ressources repose essentiellement sur le service que celles-ci sont en mesure de dispenser. Il doit s'effectuer en fonction d'un service assumé par un groupe et non selon une proportion du budget total de ce groupe. Il importe que ce dernier conserve le lien avec la communauté d'où il est issu tout en s'inscrivant à l'intérieur de l'ensemble des services disponibles sur un territoire.

Les formules actuelles de financement doivent donc être modifiées pour en arriver, dans un premier temps, à des paramètres de financement de services. Dans un second temps, c'est toute la question de la permanence de ces groupes qui doit être soulevée. La double exigence de l'autonomie et de l'insertion du service à l'intérieur d'un réseau et de leur continuité implique une formule de financement particulière. Ainsi, le Comité recommande:

Que, sur la base du coût réel du service, l'accès à une subvention gouvernementale soit assujetti à une obligation de contribution de la communauté d'un minimum de dix pour cent pouvant prendre la forme d'actions bénévoles, d'appui financier versé par les membres de la communauté, de services et d'équipements.

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore une formule de financement garantissant, lors de l'octroi d'un premier mandat de service à un groupe communautaire, une continuité de financement sur deux ans.

Qu'après évaluation de l'atteinte des objectifs fixés préalablement et de la pertinence des services selon des règles à établir sur une base régionale, la ressource puisse faire l'objet d'un financement annuel qui maintient l'exigence d'une contribution communautaire de 10%.

R-17

La ressource conserve ainsi son autonomie organisationnelle et la liberté de se donner d'autres missions ou d'offrir d'autres services en lien avec la communauté qui la supporte. Elle devient, par voie de conséquence, partie d'un réseau de services, partenaire dans les mécanismes qui vont déterminer le développement de ce réseau.

Sans en faire une règle absolue puisque les conditions locales sont beaucoup trop variées, **une ressource communautaire en mesure de dispenser un service dans sa communauté devrait avoir priorité sur toute autre forme de structure.** Il s'agit ici de l'une des exigences de l'approche communautaire. La démarche de planification proposée plus loin dans ce chapitre viendra fournir un cadre à la dynamique sous-jacente à l'exercice d'un nouveau partenariat.

2.1.2 Les ressources intermédiaires

Des ressources dans la communauté ont également été créees à partir de différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux, principalement par les centres de services sociaux. On les a désignées par

le terme "ressources intermédiaires". Généralement de petite dimension, elles prennent la forme de foyers de groupe, de centres de jour, de pavillons, de toute une gamme de services d'hébergement et de soins localisés dans la communauté: familles d'accueil, appartements supervisés et satellites ou autres.

Ces ressources entretiennent avec l'établissement deux types de liens: soit un lien direct où l'ensemble de la gestion et de la programmation est sous le contrôle de l'établissement, soit un lien contractuel où une ressource se voit confier une partie de la dispensation des services de l'établissement, tout en conservant une certaine autonomie.

Dans une stricte perspective de désinstitutionnalisation, le Comité est d'avis que les ressources à liens contractuels constituent un moyen susceptible de favoriser un partage plus équilibré des responsabilités, de stimuler l'initiative et d'introduire plus de flexibilité et de variété dans le système de soins et de services en santé mentale. Cet avis implique toutefois que le mouvement doit être largement inspiré par les orientations que soumet ce document de politique et son développement faire l'objet d'une planification préalable.

Il n'existe pas de formule unique. Chaque milieu doit composer avec une variété de situations où existent plusieurs contraintes. Les conditions actuelles de travail dans le réseau public peuvent être considérées comme l'une de ces contraintes. Les ententes locales fondées sur un respect mutuel peuvent toutefois faciliter la mobilité du personnel. Il en est ainsi de certains règlements municipaux peu perméables aux initiatives de maintien dans la communauté. Plusieurs facteurs militent en faveur d'une action plus soutenue au niveau local, plus autonome par rapport aux grands ensembles nationaux.

2.2 Une gamme de services

La Loi sur les services de santé et les services sociaux garantit l'accès à une variété de soins et de services en santé mentale. Le Comité

estime que, dans le contexte actuel, il serait tout à fait inopportun d'effectuer un quelconque retour en arrière sur ce plan compte tenu, entre autres, de la vulnérabilité des personnes aux prises avec un problème d'ordre mental. Il s'agit là d'un acquis fondamental à préserver et à enrichir.

Ce point de départ permet d'établir trois ordres de préoccupations en termes d'accessibilité des soins et services en santé mentale:

- la correction de certains écarts;
- l'équilibre à maintenir entre les types de services;
- les services à développer, compte tenu du caractère spécifique du champ de la santé mentale.

Dans l'accès aux soins et services en santé mentale, il existe toujours un certain nombre d'écarts dont les plus visibles impliquent la démarcation entre les régions urbaines et rurales. Une pondération de l'investissement global en santé mentale est devenue nécessaire pour amorcer des correctifs.

L'accessibilité aux services a été particulièrement remarquable du côté des ressources médico-hospitalières, bien qu'il y demeure des lacunes, alors qu'elle a été beaucoup plus atténuée du côté des ressources psychosociales et de soutien. Les règles qui commandent le développement de l'un et de l'autre sont différentes et doivent faire l'objet de correctifs ou d'incitatifs qui impliquent une meilleure répartition dans un cas et un investissement plus important dans l'autre. Ce sont deux éléments pour lesquels des considérations particulières seront établies ultérieurement.

Ce sont des questions complexes qui sont soulevées lorsque l'on introduit l'**accessibilité à une gamme de services en santé mentale.** Parmi celles-ci, figure l'élargissement de l'universalité des services pour des actes de consultation et de traitement actuellement offerts sur une base privée pour lesquels la personne doit payer. Il s'agit là d'un sujet qui rejoint le mandat de la commission Rochon. En fonction de l'approche qu'il préconise, le Comité estime toutefois que, pour les prochaines années, le principal mouvement impliquant des déboursés importants devrait consister à

accroître le nombre d'intervenants oeuvrant à l'intérieur d'équipes multidisciplinaires déjà engagées dans un programme de services à financement public. On doit noter ici l'ouverture créée par le rapport Brunet[1] sur l'avenir des CLSC ou la santé mentale figure parmi les principaux programmes à développer.

Malgré la multiplication des "portes d'entrée" dont l'une des plus fréquentées est le cabinet des médecins, le centre hospitalier de soins de courte durée demeure encore le lieu vers lequel se dirige les personnes qui connaissent des problèmes d'ordre mental. La demande de soins en centre hospitalier de soins de courte durée a connu et connaît toujours une progression fort importante en santé mentale.

Toutefois, les effets combinés de l'universalité des services, de la réduction de la capacité des grandes institutions, de la répartition inégale des ressources humaines de même que les efforts trop mitigés au niveau de la réadaptation et du soutien entraînent de plus en plus une concentration des réponses vers les cas les plus urgents et une surcharge pour les unités de soins.

Cette situation met en évidence la fonction spécifique de traitement à être exercée en centre hospitalier de soins de courte durée grâce à une disponibilité de services intra et extra-hospitaliers. La complémentarité avec les autres composantes du système de services demeure fondamentale pour assurer la disponibilité, sur tout le territoire du Québec, de services complets de prévention, de traitement, de réadaptation et de soutien.

Il paraît particulièrement important, à ce stade-ci, de dégager les grands paramètres de l'accessibilité en santé mentale, à partir d'une stricte perspective de services impliquant une considération articulée essentiellement en fonction du besoin des personnes aux prises avec des pro-

---

(1) Brunet, J. et autres: Rapport du Comité de reflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC, 10 mars 1987, 92 pages.

blèmes d'ordre mental. La démarche se situe au-delà de la distinction arbitraire entre services de santé et services sociaux et fait abstraction, volontairement, de toute structure particulière ou de toute norme précise.

Le Comité considère que l'accessibilité en santé mentale doit s'établir, sur une base régionale, à partir d'une gamme de services qui:

- comprennent des programmes d'information sur les services disponibles et des activités de prévention;
- répondent aux besoins d'intervention en situation de crise ou d'urgence;
- assument les fonctions d'accueil, d'orientation et de référence, sur une base permanente;
- répondent aux besoins d'évaluation et de traitement à court et à long termes;
- exercent des fonctions relatives à la réadaptation et à la réinsertion sociale;
- offrent l'hébergement, en cas de besoin, un programme de répit aux familles et aux proches, de même que l'intervention psychosociale;
- assument des fonctions de soutien et d'accompagnement aux personnes dans différents domaines, tels le travail, l'éducation, le loisir...

Ce ne sont pas des normes précises qui peuvent déterminer l'emplacement géographique, la situation organisationnelle de même que la forme de chacun de ces services. La diversité des besoins, la configuration des problèmes de santé mentale et même leur nature sont extrêmement variées d'un territoire à l'autre. Les ressources publiques en santé mentale sont, en bonne partie, concentrées dans certains lieux, tributaires de décisions d'une autre époque. Au sein même des communautés, les dynamismes sont fort différents, soumis aux aléas d'un contexte social en perpétuelle évolution.

Alors que, dans un endroit, un service adéquat doit impliquer un lieu physique compte tenu du volume de population, dans un autre, le même service peut être rendu à partir de la disponibilité d'un moyen de communication. Il n'existe pas non plus de base territoriale parfaite pour la dis-

ponibilité d'une gamme de services. Si, dans certains milieux périphériques, le territoire de CLSC peut s'avérer approprié, la mobilité des populations dans les milieux urbains rend difficile une délimitation géographique restreinte. L'organisation des services en santé mentale doit respecter les spécificités des différents milieux de vie et s'établir à partir des caractéristiques des populations qui les habitent.

Aucun de ces services, des fonctions et programmes qu'ils sous-tendent, ne peut être considéré comme exclusif à une structure ou une organisation. C'est plutôt à l'intérieur de cette gamme que doit se redéfinir une nouvelle configuration des ressources misant sur les acquis pour les personnes, les compétences des différents acteurs et les possibilités offertes par l'investissement global actuellement disponible en santé mentale. Il ne s'agit pas ici d'une opération qui peut s'effectuer du jour au lendemain à la faveur d'une nouvelle réglementation qui viendrait trancher de façon unilatérale dans les rôles et responsabilités. Il s'agit plutôt d'un virage progressif au terme d'une longue évolution marquée de succès et d'échecs, virage qui implique un réengagement autour de la personne et du service auquel elle a droit. Il reste à déterminer la mécanique pour le négocier de la façon la plus harmonieuse possible.

2.3 Une démarche de planification

L'articulation de l'ensemble du système de santé mentale autour du service à la personne peut être assurée de deux façons. Empruntant la voie d'une planification centralisée, la première peut sembler plus rigoureuse mais demeure néanmoins normative. La seconde, plus flexible, implique la démarche conjointe d'un ensemble d'acteurs dans les lieux même où se vivent les problèmes. Le Comité estime que cette seconde option doit être privilégiée mais qu'il demeure essentiel de toujours rechercher plus de cohérence dans l'action grâce à l'adhésion à un même cadre de référence.

Plusieurs arguments militent en faveur d'une telle option. Il en a été maintes fois question tout au long de cet énoncé de politique. La diversité des situations, des conditions de vie et des besoins selon les milieux exige beaucoup plus d'harmonie dans l'agencement des services aux

réalités de chacun de ces milieux et une utilisation rationnelle des ressources disponibles.

Le nombre et le type d'établissements publics engagés dans la dispensation de soins et de services en santé mentale, chacun selon ses façons de faire et ses contraintes, a considérablement augmenté. Malgré un encadrement législatif, réglementaire et organisationnel uniforme, la configuration de ces ressources publiques varie grandement d'un endroit à l'autre ainsi que les préoccupations qui les animent. Pendant que ces dernières cherchaient les liens fonctionnels qui pouvaient les unir, émergeaient des communautés des forces nouvelles qui ont contribué à redéfinir des positions par rapport aux services à dispenser. Il existe dorénavant, dans le champ de la santé mentale, un éventail d'acteurs qui ont la possibilité d'exercer une compétence et sont légitimés de participer à l'organisation des services.

La planification de cette organisation de services à partir des différents milieux où se vivent les problèmes, où se dispensent déjà des services et où sont présentes un certain nombre de ressources, nous paraît être le prochain pas à franchir dans le champ de la santé mentale au Québec. Le Comité en vient ainsi à proposer le mécanisme de planification qui semble le plus approprié dans le contexte actuel de même que les principaux paramètres de son élaboration à la faveur d'une démarche mettant à contribution les acteurs d'un territoire déterminé. Le résultat de la démarche est la disponibilité d'un plan d'organisation de services (POS) dans chacunes des régions du Québec, plan à partir duquel pourront s'établir de nouvelles coordonnées pour la dispensation des soins et services en santé mentale. La démarche implique en premier lieu l'aménagement d'interfaces entre les diverses organisations dispensatrices de services.

De façon à éviter la confusion entre un service et une ressource, le Comité tient à rappeler qu'une démarche de planification, dans ses grandes lignes, comporte essentiellement quatre étapes concourantes:

- l'identification des besoins de la population d'un territoire;
- la détermination des services nécessaires à la réponse à ces besoins;
- la mise à contribution des ressources disponibles;
- l'évaluation des résultats.

Cette démarche et son aboutissement dans un plan d'organisation de services doivent être considérés comme une mécanique introduite dans un système pour lui donner plus de cohérence et une meilleure prise sur la solution aux différents problèmes. Il s'agit d'une étape dans la gestion d'un ensemble.

Compte tenu de la diversité des besoins de la population, il est nécessaire d'introduire plus de flexibilité dans le système de soins et de services en santé mentale.

Pour favoriser l'adaptation de ce système aux spécificités de chacune des régions du Québec et aux dynamismes qui s'y manifestent, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux confie aux conseils de la santé et des services sociaux la responsabilité d'entreprendre une démarche de planification de la gamme de services à rendre disponible à la population de leur région et de coordonner l'élaboration d'un plan d'organisation de services avec les différents acteurs de ces régions.

Pour le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal-Métropolitain, sans pour autant en exclure la possibilité pour les autres régions, cette recommandation crée l'obligation d'un aménagement sous-régional de la démarche de planification compte tenu de l'importance de la population et de la complexité des problèmes.

R-18

Sans entrer dans le détail du processus laissant ainsi à chacun des acteur impliqués la latitude nécessaire à l'exercice d'une telle responsabilité trois éléments doivent servir de guides généraux à l'élaboration de cette démarche et en constituer les conditions de sa réalisation:

En premier lieu, un plan d'organisation de services doit déterminer les services à rendre disponibles sur un territoire à partir d'une évaluation des besoins de la population de ce territoire et des caractéristiques qui lui sont propres. L'insuffisance d'informations relatives à ces besoins constitue un obstacle de taille. Il n'en demeure pas moins qu'un premier état de la question peut en arriver à cerner les secteurs et services prioritaires à mettre en place, ceux pour lesquels des ajustements doivent être effectués de même que ceux qui ne s'imposent plus par leur pertinence exigeant ainsi un transfert vers d'autres secteurs.

Les rôles et responsabilités conséquentes à la dispensation de ces services constituent un élément de ce plan dans la mesure où ils impliquent un partage établi en fonction des capacités réelles de chacune des ressources concernées de même que les mécanismes de collaboration qui doivent être élaborés entre celles-ci. Le Comité désire, à ce stade-ci, attirer l'attention, d'une part, sur l'importance de l'information de la population quant aux services disponibles et, d'autre part, sur la nécessité d'une véritable fonction d'évaluation des résultats, deux faiblesses majeures qui ressortent constamment des consultations et pour lesquelles des activités spécifiques doivent être considérées.

La seconde condition à la réalisation d'un plan d'organisation de services a largement inspiré le titre de ce document de politique. Il ne nous semble plus possible, dans le contexte actuel et compte tenu de la multiplicité des acteurs, d'établir une configuration de services aux personnes à partir des seules règles formelles ou même informelles d'attribution de responsabilités et d'exercice de compétences actuellement en vigueur dans le réseau de la Santé et des Services sociaux.

Un plan d'organisation de services sur un territoire doit être conçu, développé et actualisé par tous les acteurs exerçant une activité dans le champ de la santé mentale à la mesure de leurs possibilités, dans le respect des limites et contraintes de chacun. Le Comité n'a pas d'organigramme à proposer pour en arriver à une démarche concertée qui concerne aussi bien les établissements et organismes publics que tous ceux qui ont préalablement été désignés par le terme acteur. Il tient simplement à signaler qu'il considère qu'une participation élargie est une des conditions de base à la réalisation d'un plan d'organisation de services.

Il est une dernière condition à la réussite de l'opération: celle de **l'assurance pour ceux qui y participent que les efforts qu'ils y consacreront auront pour résultat de générer rapidement les décisions et actions conséquentes.** Quelques-unes peuvent se concrétiser grâce à des arrangements locaux, résultat d'une volonté de mise en commun des efforts. D'autres, parce qu'elles impliquent des changements importants ou une injection de ressources, relèvent des responsabilités de l'autorité centrale.

Il appartient au ministère de la Santé et des Services sociaux de s'assurer que chaque région du Québec dispose d'une gamme de services dont l'accès devient un des critères d'approbation des plans d'organisation de services. Dans cette perspective, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, consécutivement à l'élaboration des plans d'organisation de services, s'assure que dans chaque région du Québec, la population ait accès, au minimum, à la GAMME de services prévus par cette politique.

R-19

Avec le cadre de référence proposé par cette politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose des critères lui permettant d'approuver le plan d'organisation de services d'une région et d'y donner suite. Le principe d'équité appliqué à la répartition des efforts finan-

ciers en santé mentale lui permet aussi de déterminer les endroits où doivent être effectués de nouveaux investissements et ceux où le développement doit plutôt se traduire par une réallocation de ressources. Il s'agit là d'une autre pièce maîtresse qui fera l'objet d'une recommandation ultérieure.

Le Comité estime que l'avenir de la dispensation des services dans le champ de la santé mentale ne peut plus être assuré par l'addition de décisions à la pièce, sans appui véritable sur la réalité des situations vécues par les personnes. **Les plans d'organisation de services doivent essentiellement être considérés comme un moyen d'en arriver à la primauté du service sur la structure impliquant une responsabilité majeure pour tous les acteurs engagés dans le champ de la santé mentale.**

2.4 Des démarches complémentaires

La démarche de planification de services proposée ne peut couvrir l'ensemble des réalités du champ de la santé mentale. Certaines de celles-ci dépassent les frontières territoriales dans laquelle s'établit la démarche alors que d'autres impliquent des champs distincts et d'autres secteurs d'activités. Si le processus peut être différent, l'esprit doit demeurer le même puisqu'il s'agit toujours de services pour la personne.

2.4.1 Les collaborations entre réseaux

Les personnes aux prises avec un problème d'ordre mental et dont la situation nécessite une approche spécialisée en raison de leur âge ou encore celles qui présentent une conjugaison de problèmes incluant une composante d'ordre mental se retrouvent dans une position précaire, à l'intérieur de réseaux de services compartimentés, où chacun agit selon son propre champ d'expertise.

En aucune façon, la spécialisation ne doit constituer une négation du droit aux services pour ces personnes. Leur situation particulière doit plutôt être une occasion de concevoir des services spécifiques à leur con-

dition et d'aménager de solides interfaces entre les diverses composantes du réseau de la Santé et des Services sociaux.

C'est pourquoi, compte tenu des spécificités inhérentes à certains groupes d'âge, de même que des collaborations qui doivent s'installer entre les services spécifiques s'y adressant et le réseau de services de santé mentale, le Comité juge approprié de créer des mécanismes particuliers dans le cas des jeunes et des personnes âgées.

Les jeunes

Le Comité convient qu'il n'a pu aborder de façon adéquate et complète l'organisation et la dispensation des services aux jeunes et aux adolescents qui vivent des problèmes de santé mentale.

Il s'agit là de problématiques complexes pour lesquelles un réseau de services fonctionne déjà de façon relativement autonome, selon les exigences spécifiques à une intervention appropriée auprès de cette clientèle.

Il n'en demeure pas moins qu'en vertu des observations faites au Comité et à la faveur du cadre de référence élaboré dans cette politique, il tient à recommander:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec les instances régionales, s'assure de la mise sur pied immédiate d'un groupe de travail chargé de développer une approche intégrée de services pour rejoindre les jeunes présentant des problèmes de santé mentale.
R-20

Sans être nécessairement inclusifs, les divers moyens mis de l'avant jusqu'à maintenant de même que les principes et orientations qui les sous-tendent peuvent constituer des assises adéquates pour une organisation de services aux enfants et aux adolescents.

Les personnes âgées

La méconnaissance du processus de vieillissement est souvent la cause des soins inadéquats. L'accueil et l'évaluation de la condition de ces personnes ont été signalés comme lacunes majeures d'une organisation de services qui tend à discriminer les personnes en fonction de leur situation physique, d'une part, et de leur condition psychique, d'autre part.

Il faut donc souhaiter le développement d'une expertise spécifique dans le champ de la santé mentale et le transfert de cette expertise vers les réseaux de services déjà existants pour les personnes âgées. C'est ainsi que le Comité recommande:

Que chaque conseil de la santé et des services sociaux s'assure que la démarche de planification de sa région prévoie l'existence d'une expertise en santé mentale accessible pour les services spécifiques aux personnes âgées.	**R-21**

Les personnes aux prises avec des problèmes multiples

Outre le réseau des services de santé mentale, les principaux réseaux engagés auprès des personnes présentant plusieurs problèmes sont ceux de la déficience intellectuelle, de la justice et de la mésadaptation sociale. Pour l'ensemble des personnes concernées par l'une ou l'autre des situations exigeant l'action de plus d'un réseau de services, l'organisation de ces services peut procéder d'une même démarche d'ordre général. C'est pourquoi le Comité recommande:

Que les conseils de la santé et des services sociaux établissent et fassent état des mécanismes de collaboration qui doivent être créés, à l'intérieur comme à l'extérieur de leur région, entre le réseau des services de santé mentale et les réseaux de la déficience intellectuelle, de la justice et de la mésadaptation sociale.

Que, consécutivement à cette démarche, le ministère de la Santé et des Services sociaux désigne les établissements et organismes mandatés pour développer des expertises particulières de même que la nature et l'étendue de leurs responsabilités.

R-22

Si, pour l'organisation des services, une règle générale peut être appliquée à tous ces groupes, la réalité de chacun amène à envisager des moyens plus spécifiques. Dans le cas de la **déficience intellectuelle**, le Comité tient à affirmer que l'institution psychiatrique ne peut être considérée comme un milieu approprié pour les soins et les services à ces personnes. Pour les établissements qui, actuellement, offrent des services à ces personnes et pour ceux qui seront appelés à les recevoir, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure que toutes les personnes présentant une déficience intellectuelle sans troubles mentaux et vivant encore en institution psychiatrique soient orientées vers les services appropriés à leurs besoins ou vers des services ayant pour mandat leur réintégration progressive.

Que, conjointement, les établissements concernés soient tenus au dépôt, auprès du conseil de la santé et des services sociaux de leur région et du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'un plan visant à fournir l'assurance de la disponibilité des services requis et le transfert des ressources concernées par l'opération.

R-23

Les guides proposés pour le mouvement de désinstitutionnalisation viendront préciser la portée de cette recommandation.

La situation des personnes aux prises avec un problème d'ordre mental associé à un autre type de problème exige le développement d'expertises particulières et une concentration des services dans quelques établissements pour un certain nombre de ces personnes. D'autres personnes n'ont besoin que d'un soutien occasionnel de la part des services de santé mentale. Qu'elles soient déficientes intellectuelles, mésadaptées sociales, incarcérées dans un établissement correctionnel, quel que soit leur milieu de vie, elles ont également droit à des services de santé mentale et à l'expertise de ses intervenants.

Les personnes qui ont commis des délits criminels et qui présentent un problème d'ordre mental se retrouvent devant l'ambivalence d'un système qui doit juger si elles seront traitées ou punies pour leurs gestes. Les jeunes aux prises avec un problème de délinquance et un problème d'ordre mental se retrouvent dans des milieux de services qui souvent ne disposent pas des ressources nécessaires à la prise en considération de leurs problèmes. Ce sont là deux problématiques à investir grâce à un resserrement des rapports entre différents réseaux.

Même si le droit aux services existe de façon tout aussi importante pour les personnes itinérantes et qui ont un problème de santé mentale, l'approche de services à ces personnes emprunte des voies différentes. L'itinérance a retenu l'attention du Comité parce qu'une proportion importante des itinérants souffrent d'un problème d'ordre mental et non comme un phénomène à considérer dans le champ de la santé mentale, spécifique à ses interventions.

Le Comité est d'avis que l'approche particulière à développer par les intervenants en santé mentale consiste à assurer un appui aux intervenants et organisations qui ont conçu des formes particulières d'aide pour rejoindre les personnes itinérantes. Devant leur situation, la collaboration entre réseaux prend une forme particulière et concerne, d'une part, les services publics de santé mentale et, d'autre part, des organisations plus ou moins structurées qui ont vu le jour grâce à des initiatives qui émanent

des milieux de vie de ces personnes. Dans le champ de la santé mentale, la façon d'aborder le phénomène de l'itinérance constitue une bonne mesure du sens que ce document de politique veut donner à l'approche communautaire.

2.4.2 Les collaborations intersectorielles

La présence de services complets et adaptés aux besoins des personnes de façon à assurer leur soutien dans la communauté n'est pas de la seule responsabilité du secteur de la santé et des services sociaux. D'autres secteurs offrent des possibilités qui sont à investiguer de façon plus systématique.

La démarche de planification de services proposée de même que la collaboration inter-réseaux peuvent constituer des stimulants à l'exercice d'un partenariat élargi et déjà permettre de mettre de l'avant un certain nombre d'actions avec des partenaires extérieurs au réseau de la Santé et des Services sociaux. Ces actions demeurent toutefois d'envergure restreinte se heurtant souvent à des difficultés qui dépassent le niveau de responsabilités de leurs promoteurs.

Un vigoureux coup de barre doit être donné au niveau national à la fois pour appuyer les initiatives qui ont pu se développer à la base mais également pour signifier l'engagement concret d'un ensemble de secteurs dans la recherche d'une aide plus appropriée à la condition des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental. Les secteurs les plus névralgiques sont l'éducation, la justice, le travail et la main d'oeuvre, la sécurité du revenu, l'habitation, le loisir et les affaires municipales. Le Comité considère que dans tous ces secteurs, et même à un niveau national, il y a place pour un partenariat élargi. C'est pourquoi, dans un premier temps, il recommande:

Que la Ministre de la Santé et des Services sociaux mette sur pied et assume le leadership d'un mécanisme de coordination interministérielle visant la cohérence de l'action gouvernementale dans le champ de la santé mentale avec mandat de déterminer les contributions de chacun des secteurs pour des services plus appropriés à la condition des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental.

R-24

Avant même de connaître les résultats que l'on peut attendre de ce mécanisme, le Comité estime que des actions immédiates doivent être entreprises dans un secteur bien précis compte tenu de l'importance et de l'acuité des problèmes soulevés.

Dans le but de faciliter la réinsertion sociale des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental et pour éviter des situations qui leur causent actuellement un préjudice majeur, le Comité recommande, en premier lieu:

Que le ministère des Affaires municipales rende possible, dans les plus brefs délais, l'implantation, dans les zones résidentielles, des ressources nécessaires à la réinsertion et au maintien dans la communauté des personnes pour lesquelles cette mesure est requise.

R-25

Le résultat escompté par cette recommandation n'atténue d'aucune façon la responsabilité des intervenants du champ de la santé mentale quant à une prise de contact réelle et constante avec les communautés concernées.

Collaboration inter-réseaux et coopération intersectorielle sont deux avenues à investir dans le champ de la santé mentale. En même temps qu'elles apportent une dimension nouvelle aux services à la personne en balisant l'intervention, elles viennent **renforcer la nécessité d'un partenariat élargi.**

2.5 Les responsabilités nationales

Dans le champ de la santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux détient des leviers d'action majeurs. Sa responsabilité, pour la détermination des grandes orientations, en est une de première importance à laquelle le Comité a tenu à apporter sa contribution grâce au cadre de référence qu'il propose.

Outre les diverses recommandations qui sont adressées spécifiquement au ministère de la Santé et des Services sociaux et qui impliquent des décisions de sa part, le Comité accorde une importance particulière au cadre d'exercice de trois fonctions: la planification des ressources financières, la répartition des ressources humaines et l'évaluation.

2.5.1 La répartition des ressources financières

Le financement des soins et des services de santé mentale est assujetti aux mêmes règles que celles qui prévalent pour toutes les composantes du système de Santé et de Services sociaux. Questionner le niveau de financement nécessite avant tout que l'on ait établi les orientations à privilégier dans le champ de la santé mentale. Déterminer si la part des dépenses de santé mentale à l'intérieur des dépenses de santé et de services sociaux est suffisante exige, au préalable, une définition claire du champ de la santé mentale, une démarcation très nette des activités qui y sont exercées de même que l'existence d'une comptabilité rendant possible une telle investigation. Jusqu'ici, l'insuffisance de critères objectifs dans ces différentes opérations a eu pour résultat de conduire sur le terrain des ressources plutôt que sur celui des services aux personnes.

Dans le contexte budgétaire actuel, le Comité tient à faire remarquer qu'il a usé de toute la parcimonie nécessaire à la formulation des recommandations contenues dans cette politique compte tenu des investissements nouveaux qu'elles impliquent. La proposition de certains mécanismes de planification des services a un impact direct sur le développement futur des ressources et sur les moyens financiers qui devront s'y greffer.

En vertu du principe d'équité et de la disponibilité d'une gamme de services adaptés aux besoins des personnes, nous sommes amenés à considérer la dimension du financement essentiellement en fonction de la répartition des budgets relatifs à la mise en opération des moyens que nous suggérons ainsi que la répartition des sommes actuellement consenties dans le champ de la santé mentale. Ceci permet d'établir qu'une répartition équitable des efforts implique une redistribution entre les régions et les divers types d'activités en santé mentale.

Beaucoup d'espoirs sont placés dans la démarche de planification de services pour cerner, dans une région, les secteurs d'activités plus faibles et rechercher les façons d'y consacrer plus d'attention grâce à l'action concertée des principaux acteurs. Cette recherche d'équilibre au niveau régional doit également être appuyée au niveau national par différents moyens examinés plus loin.

La répartition des investissements entre les diverses régions du Québec retient particulièrement l'attention à ce stade-ci. Les ressources demeurent la base sur laquelle repose le financement de la presque totalité des soins et des services en santé mentale. Or, l'implantation et le développement de ces ressources ont obéi à des logiques fort différentes, selon les époques et les lieux, au gré de décisions qui, aujourd'hui, paraissent fort discutables. Ainsi, il existe actuellement des écarts majeurs entre les sommes investies en santé mentale selon les différentes régions du Québec, situation qui force l'introduction d'une logique et de critères plus objectifs, articulés selon les besoins des populations en termes de soins et de services. Plutôt que de corriger les écarts, le financement sur une base de ressources ne contribue qu'à les accentuer, canalisant les efforts de développement vers les mêmes lieux.

De façon idéale, le financement de l'ensemble du réseau de la santé mentale devrait être effectué sur la base du service à rendre à une population pour laquelle, au préalable, on a évalué le besoin. A court terme

toutefois, ce virage implique des bouleversements peu propices à une saine redéfinition des actions autour de la personne.

Le point de départ consiste essentiellement à soumettre les sommes nécessaires aux développements en santé mentale à une répartition établie selon les populations à desservir et les besoins de ces populations dans le champ et le domaine de la santé mentale. S'il est de la responsabilité de l'État de voir à ce que les composantes du système de services en santé mentale aient les moyens de remplir adéquatement leur mission, il est aussi de sa responsabilité de s'assurer que ces moyens soient répartis de façon équitable parmi la population.

De façon à favoriser progressivement le passage vers un financement des activités en santé mentale, à partir de programmes de services établis, en fonction d'une évaluation des besoins de la population et pour corriger les écarts entre les régions où vivent ces populations, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure de la répartition des sommes nécessaires au développement en santé mentale à partir d'une formule qui tienne compte du niveau actuel de l'investissement dans chacune des régions du Québec, de l'importance de la population de la région et des besoins de cette population selon l'ensemble des réalités dans le champ et le domaine de la santé mentale.

R-26

Le calcul de la répartition de l'investissement global en santé mentale entre les différentes régions du Québec, selon la population de ces régions, permet d'établir le per capita actuel des dépenses. Sa pondération en fonction d'indicateurs qui reflètent les réalités du champ et du domaine de la santé mentale, réalités qui ont été décrites dans la seconde partie de ce document, permet de mesurer les écarts réels et de déterminer où doivent principalement être concentrés les développements.

S'il s'agit d'un moyen de répartir équitablement les différentes sommes nécessaires à l'actualisation de cette politique, il s'agit également d'une façon privilégiée de favoriser le caractère dynamique du mécanisme de planification mis de l'avant donnant ainsi aux régions les moyens d'orienter leurs actions selon leurs propres priorités.

2.5.2 La planification des ressources humaines

Le financement du développement d'un système sur une base plus équitable ne peut assurer, à lui seul, le retour à un plein équilibre dans la dispensation des soins et services. Ainsi, dans un premier temps, le mode particulier d'insertion des psychiatres à l'intérieur du réseau de services en santé mentale amène à envisager des mesures spécifiques pour assurer une répartition adéquate de cette ressource spécialisée. Dans un deuxième temps, l'insuffisance relative mais tout de même assez généralisée des intervenants psycho-sociaux dans l'ensemble des services en santé mentale engendre le sous-développement de certains secteurs, limitant ainsi l'accès à des services complets. Le Comité tient à rappeler trois paramètres généraux au niveau des ressources humaines engagées dans le champ de la santé mentale:

- **les ressources humaines sont d'abord et avant tout au service des personnes en besoin;**
- **la compétence de ces ressources est favorablement utilisée lorsqu'elle est mise à contribution à l'intérieur de programmes bien définis;**
- **la disponibilité de services complets implique la conjugaison des efforts d'une variété d'intervenants là où se retrouvent les personnes en besoin de services.**

La répartition des psychiatres

Ce n'est pas tant le nombre de psychiatres qui est source de préoccupations mais leur distribution particulièrement inadéquate selon les régions et même les milieux de pratique. La responsabilité ministérielle à cet égard implique la mise en oeuvre de certains correctifs de façon à assurer aux personnes en besoin une meilleure reconnaissance du droit aux services et à leur accessibilité.

D'ici 1990, si les tendances actuelles se maintiennent quant aux lieux d'installation des nouveaux diplômés en psychiatrie, 55% de la population du Québec ne disposera que d'environ 20% des effectifs disponibles en psychiatrie, alors que se poursuivra la concentration dans les régions de Québec et de Montréal. Même dans les zones urbaines autres que Québec et Montréal, certains établissements et notamment des centres hospitaliers psychiatriques ont de la difficulté à recruter et à maintenir le nombre minimum de psychiatres requis compte tenu des besoins de leurs bénéficiaires.

La situation exige que l'on redresse les règles actuelles d'installation de nouveaux psychiatres. L'existence d'un régime universel d'assurance-maladie associée à la liberté d'installation des médecins québécois, sans formule qui vient garantir une accessibilité pour l'ensemble des citoyens, est une situation qui conduit directement à des disparités majeures quant à la disponibilité des services.

Dans un premier temps, il ne peut être question d'effectuer un retour en arrière sur le principe d'universalité à la base du régime d'assurance-maladie. Dans un deuxième temps, l'insuffisance de psychiatres dans certains milieux a généré de nouvelles formes de services qui doivent être soutenues adéquatement. Enfin, c'est à l'intérieur d'un plan d'ensemble, articulée d'abord et avant tout en fonction du besoin des populations là où elles se trouvent, que doivent prendre forme les mesures visant à assurer une meilleure répartition des psychiatres.

Après examen de la situation, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure qu'à l'intérieur des plans d'effectifs médicaux prévus dans chaque région, existe un plan de répartition des effectifs psychiatriques et qu'il se dote des leviers d'action nécessaires à une répartition équitable des psychiatres sur l'ensemble du territoire du Québec.

R-27

La répartition des intervenants psychosociaux

La question des ressources humaines dans le secteur psychosocial se pose de façon différente. Leur répartition est fonction de la configuration générale des soins et services en santé mentale qu'offrent les établissements. Il existe ainsi des déséquilibres entre les fonctions alors que les faiblesses les plus évidentes se retrouvent du côté de la prévention, de la réadaptation, du maintien et du support et, dans certains cas, du traitement.

Pour corriger les différents déséquilibres, la politique compte sur la démarche de planification régionale des services. Cette démarche se veut flexible et vise une meilleure coordination des ressources ainsi qu'une meilleure articulation des services en fonction des besoins. C'est au terme de celle-ci qu'il sera possible d'établir le profil des nouvelles ressources humaines à impliquer dans le secteur psychosocial relativement aux fonctions de prévention, de traitement, de réadaptation de maintien et de support dans le champ de la santé mentale. Cette étape franchie, il devient possible pour le ministère de la Santé et des Services sociaux d'y donner suite à la lumière des besoins qui lui auront été exprimés et des solutions qui sont envisagées. Dans cette perspective, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, après examen des plans d'organisation de services émanant des différentes régions, donne suite, en priorité, à l'accroissement des ressources psychosociales en santé mentale de façon à combler les lacunes observées dans ce secteur, notamment pour l'intervention auprès des familles et des proches.

R-28

2.5.3 L'évaluation

Les différentes recommandations contenues dans cette politique, le cadre de référence qu'elle sous-tend de même que les mécanismes proposés fournissent les principales balises à l'exercice d'une fonction d'évaluation. Si celle-ci doit progressivement s'appliquer dans chaque lieu de pratique, pour chaque programme à élaborer ou à consolider, il n'en demeure pas moins qu'un effort systématique et soutenu doit être fait au niveau central.

De façon à soutenir l'évaluation des actions proposées par ce projet de politique dans les endroits où elles prennent racine, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux exerce sa responsabilité au niveau de l'évaluation, en se concentrant sur l'impact des efforts en termes de résultats sur la santé mentale des personnes et des populations de même qu'en stimulant le développement, aux niveaux local et régionnal, d'une évaluation de programmes portant principalement sur l'atteinte des objectifs suivants:

- **la globalité de l'approche;**
- **la continuité de l'intervention;**
- **l'accès aux services;**
- **l'ouverture à la communauté;**
- **la coordination des efforts.**

R-29

Cette dernière recommandation, comme toutes celles qui sont adressées au Ministère dans cette politique, vont signifier un certain nombre de réajustements dans l'organisation ministérielle. En vertu des diverses orientations proposées par cette politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose d'un cadre lui permettant de prendre les moyens les plus appropriés pour rencontrer les objectifs visés.

2.6 La désinstitutionnalisation

La désinstitutionnalisation ne pouvait faire l'objet d'un chapitre avant que ne soit proposée la mise en place d'un certain nombre de moyens pouvant faciliter sa réalisation. Il s'agit là d'une question complexe qui comporte un impact majeur pour les personnes concernées. On ne peut non plus en faire un objectif en soi sans risquer de créer des entraves au droit aux services. La désinstitutionnalisation est un moyen, parmi d'autres, d'assurer aux personnes des services appropriés, dans les lieux les plus adéquats. Le mouvement de sortie de l'institution doit être effectué avec beaucoup de minutie et balisé par des conditions précises.

2.6.1 Les personnes et la désinstitutionnalisation

Des personnes vivent actuellement les réalités de l'institutionnalisation dans différents lieux, dans des conditions particulières et pour des périodes plus ou moins longues. De l'avis du Comité, la notion de désinstitutionnalisation doit englober entre autres la réalité des personnes qui ont déjà quitté l'institution, de celles qui se préparent à le faire et, enfin, de celles qui doivent y demeurer.

Si l'on se limite aux personnes vivant dans des lieux faisant partie du réseau de la santé mentale, il convient de rappeler qu'il ne s'agit pas d'une population homogène. Elle regroupe au moins trois grandes catégories:

- les personnes ayant besoin de services prolongés ou permanents en raison des difficultés de santé mentale qu'elles éprouvent;
- les personnes présentant une déficience intellectuelle;
- les personnes âgées.

Indépendamment des raisons qui ont amené leur présence en institution, c'est la pertinence de la désinstitutionnalisation et les façons possibles de la réaliser qui doivent être source de questionnement. Il nous semble que la réflexion soit bien peu présente sur les dimensions de la pertinence, le débat ayant rapidement dévié sur l'identification des acteurs devant en assumer la responsabilité. Le Comité retient une démarche centrée sur les besoins des personnes avant ceux des établissements concernés.

2.6.2 Les conditions de sa réalisation

Il existe un certain nombre de conditions à la réussite d'une démarche de désinstitutionnalisation et au maintien dans le milieu. Le Comité de la santé mentale du Québec[1] a retenu quatre conditions générales:

- une intervention en situation de crise disponible de façon permanente;
- une médication appropriée lorsqu'elle est requise;
- une intervention auprès de l'entourage le plus significatif;
- une continuité de services.

Les différentes recommandations contenues dans cette politique doivent être considérées comme des précisions nécessaires à la rencontre de ces quatre conditions générales. Le plan de services individualisé, le pro-

---

(1) Comité de la santé mentale du Québec (Yves Lamontagne, Francine Lavoie, Lise Tessier): La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement. Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale. Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, Volume 4 (L'efficacité de la réadaptation, p. 55.

gramme de répit aux familles et aux proches, la formation des intervenants, l'appui aux services communautaires de même que les moyens visant à accroître la réceptivité de la population viennent introduire plus de spécificité quant aux conditions préalables à une désinstitutionnalisation réussie. Le plan d'organisation de services visant l'articulation de la gamme de services à rendre disponible selon la réalité de chaque région vient créer la dynamique nécessaire à l'organisation de l'ensemble de ces conditions.

Malgré l'énoncé de conditions générales et l'existence de moyens propices à sa réalisation, la désinstitutionnalisation demeure une opération complexe qui exige une planification et un suivi rigoureux. De nombreux acteurs sont concernés mais le service le mieux adapté aux besoins de la personne doit en constituer l'objectif premier. De façon à favoriser la cohérence dans le déroulement de tout mouvement de désinstitutionnalisation, le Comité recommande:

Que la Ministre de la Santé et des Services sociaux procède à la création d'un groupe pluridisciplinaire d'experts chargé de:

- **conseiller les établissements dans l'aménagement des conditions de réussite pour l'ensemble des personnes visées;**
- **recommander aux autorités locales, régionales et nationales les actions à entreprendre pour éliminer ou réduire les difficultés de réalisation de la désinstitutionnalisation.**

R-30

Il faut reconnaître que les difficultés de réalisation d'une désinstitutionnalisation sont majeures. Si certaines peuvent être levées à la suite de la mise en application de cette politique, il en demeure d'autres dont l'ampleur dépasse le cadre d'action du champ de la santé mentale. La nature de ces difficultés appuie la pertinence de la création d'un groupe d'experts. Il convient ici de les rappeler et d'indiquer les orientations à privilégier.

En premier lieu, le mouvement de désinstitutionnalisation se heurte à une règlementation rigide peu propice au développement de services hors-établissements du réseau de la santé et des services sociaux. L'identification des difficultés causées par la réglementation constitue une première étape dans la recherche de flexibilité et d'adaptation aux conditions locales.

En second lieu, l'organisation actuelle du travail et sa détermination selon des paramètres à peu près exclusivement nationaux, souvent étrangers à la spécificité du champ de la santé mentale, ne permettent pas la réalisation de l'opération souhaitée unanimement. C'est encore à un niveau local qu'il est possible d'en arriver aux ententes qui favoriseront un ralliement autour du service à la personne dans le respect des possibilités et des limites de chacun.

La désinstitutionnalisation a aussi un impact social et économique dont l'importance varie selon les milieux. Les communautés vers lesquelles sont dirigées les personnes, doivent participer au mouvement. Il s'agit là d'une condition essentielle de réussite qui ne s'improvise pas. En périphérie des grandes villes, dans certaines localités où l'institution constitue le principal employeur, la désinstitutionnalisation a des conséquences économiques non négligeables qui exigent la mise en place d'une coopération intersectorielle et la recherche de solutions de rechange au sein même des communautés.

Il existe également des difficultés dans la collaboration entre les différents réseaux concernés par le mouvement de désinstitutionnalisation. Autant celui-ci ne peut se traduire par le simple passage d'un lieu à un autre, autant il ne peut être considéré comme le transfert facile d'un réseau à un autre. Au lieu de départ comme au lieu d'arrivée existe la responsabilité de s'assurer que les conditions soient propices.

Enfin, la désinstitutionnalisation implique un certain nombre de coûts dont l'estimation demeure toujours une source majeure d'ambiguïté. Dans la stricte perspective du transfert des personnes d'un lieu à un autre, on

estime qu'il est plus onéreux de sortir une personne de l'institution que de continuer à l'héberger. Une telle approche néglige l'impact, à moyen terme, des services mis à la disposition des personnes notamment en termes de prévention des situations de crise et de réadaptation.

Les difficultés qui viennent d'être énoncées donnent une appréciation de l'ampleur du mandat que le Comité estime devoir être confié à un groupe d'experts dont l'existence ne diminue en rien la tâche qui attend les acteurs concernés par le mouvement de désinstitutionnalisation.

2.6.3 Le devenir des grands établissements psychiatriques

Le mouvement de désinstitutionnalisation a amené un certain nombre de changements significatifs au sein des grandes institutions psychiatriques. Au cours des vingt-cinq dernières années, leur capacité a diminué de moitié. Progressivement, leurs critères d'admission se sont resserrés et les séjours ont été moins longs, quoique plus fréquents.

En termes d'impact de cette évolution, deux éléments retiennent particulièrement l'attention du Comité, soit la poursuite du mouvement de désinstitutionnalisation et la réduction de capacité des grands établissements qui en résulte. Dans le cadre d'une démarche progressive de réinsertion respectueuse des conditions de réussite préalablement définies, le Comité estime que doit se poursuivre le mouvement de retour dans la communauté des personnes actuellement en établissement psychiatrique, c'est-à-dire celles qui ne nécessitent plus les services internes qu'on y dispense ou qui peuvent bénéficier d'un autre type de services mieux adaptés à leurs besoins.

Guidés par le cadre de référence développé par cette politique, le déplacement des ressources vers les nouveaux milieux de vie des personnes de même que les formes de redéploiement et d'organisation de ces ressources doivent permettre d'en arriver à une nouvelle configuration de services en santé mentale au Québec. L'implantation de l'ensemble des moyens proposés par cette politique devrait avoir pour résultat de réduire de plus

de la moitié la capacité globale des grands établissements psychiatriques. À peu de choses près, cette proportion est identique aux informations fournies par la démarche d'évaluation de la clientèle effectuée en 1985.(1)

Tout en consacrant les énergies nécessaires à l'atteinte de cet objectif, il importe de conserver les gains nets qui résultent du mouvement déjà amorcé en termes de réduction de la taille des grands établissements psychiatriques.

Pour y parvenir, il est nécessaire de circonscrire la nature des fonctions spécifiques que ces établissements seront appelés à exercer dans l'avenir. Compte tenu des moyens dont ils disposent et de l'expérience acquise, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux limite le mandat spécifique des grands établissements psychiatriques à la dispensation de services d'intervention prolongée requis en fonction de la persistance et de la complexité de troubles mentaux sévères, incluant:

- **le traitement spécialisé;**
- **les activités de réadaptation;**
- **les services de protection, d'assistance et d'encadrement requis à long terme pour les personnes les plus vulnérables.**

Qu'exceptionnellement, un mandat additionnel en matière de services de traitement intensif de courte durée soit octroyé à certains grands établissements, lorsque requis par des particularités régionales, de façon à assurer une accessibilité aux services le plus près possible du milieu de vie des personnes.

R-31

(1) Roberge, Pierre: La clientèle psychiatrique vue à travers le locs; quelques éléments de description critique. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 octobre 1986, 50 pages.

L'ampleur et la nature des services à dispenser pour actualiser un tel mandat doivent être déterminés dans le cadre de la démarche de planification, à la lumière des besoins de la population de la région. Lorsque ce mandat spécialisé doit s'exercer pour des services à l'intention de personnes d'autres régions, il devient nécessaire de prévoir des ententes interrégionales complémentaires aux démarches de planification, ententes qui doivent être sanctionnées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour certains grands établissements, le mandat spécifique qui leur est octroyé pourra être complété par des activités de recherche, de formation et d'enseignement, afin de supporter l'évolution des connaissances et favoriser la diffusion de leur expertise.

Dans le cadre des orientations proposées, l'avenir des grands établissements psychiatriques, comme celui de toute structure en santé mentale, est lié à leur capacité de négocier trois virages majeurs:

- leur adaptation aux besoins évolutifs des personnes et de la collectivité dans laquelle ils évoluent;
- leur volonté à se concerter avec des partenaires multiples;
- leur ouverture aux réalités des communautés.

Pour certains, à défaut de relever ces défis, cette démarche peut conduire à une éventuelle fermeture.

CHAPITRE III

LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

Les différentes recommandations des deux chapitres précédents portent exclusivement sur le champ de la santé mentale où la personne en situation de besoin figure au premier plan. La notion de services y est centrale et l'organisation de ceux-ci, grâce à l'action conjointe de différents acteurs, occupe une place prépondérante.

Il existe un premier impératif pour une politique de santé mentale: celui d'aménager les conditions d'amélioration des services aux personnes. C'est ce à quoi le Comité s'est principalement appliqué jusqu'à maintenant.

Toutefois, une politique de santé mentale ne peut se limiter à cette seule perspective. En développant la notion de santé mentale, le Comité est parvenu à cerner une réalité plus large, à isoler certaines de ses composantes, dans un premier temps, puis à les intégrer dans une même dimension qu'il a désignée par le terme **domaine** de la santé mentale. Selon cette dimension, la situation des personnes est remplacée par celle des groupes et des populations. L'objectif d'amélioration des services aux personnes en besoin s'enrichit alors de celui de l'amélioration des conditions influençant la santé mentale de la population dans son ensemble.

Force nous est de constater que, de façon générale, nous en sommes aux premiers moments d'une exploration du domaine de la santé mentale et de ses possibilités. Si certaines actions doivent être soutenues et d'autres amorcées compte tenu de connaissances suffisantes, c'est vers une réflexion beaucoup plus poussée que doivent être principalement dirigées les énergies. L'absence d'un bilan sérieux de la santé mentale de la population du Québec rend ardu l'examen des principaux secteurs à investir.

Conscient des difficultés qui limitent l'action, le Comité n'en demeure pas moins convaincu que c'est dans le domaine de la santé mentale que résident les principales conditions d'une amélioration de la santé mentale de la population du Québec. La présence de services complets, accessibles et de qualité, de même que leur organisation la plus fonctionnelle possible ne peuvent que contribuer à la rencontre de cet objectif. Toutefois, ils ne lui sont pas exclusifs; d'autres déterminants exerçent également un rôle majeur à l'extérieur du champ spécifique d'intervention en santé mentale. Par exemple, la pondération de l'importance de la qualité des milieux familial, scolaire et de travail, de même que de l'environnement socio-économique en général contribue à mettre en lumière de façon beaucoup plus approfondie, les principaux facteurs explicatifs de l'état de santé mentale d'une population.

Le Comité a donc opté pour un élargissement de son mandat de façon à assurer une ouverture du côté d'un ensemble de réalités qui apparaissent aussi devoir faire l'objet d'une attention spéciale dans une politique de santé mentale. Même si cette politique détermine plus particulièrement les ajustements devant être faits dans le champ de la santé mentale, sa reformulation future emprunte nécessairement l'avenue du domaine de la santé mentale.

De façon encore exploratoire, le Comité estime que, dans le domaine de la santé mentale, trois réalités doivent être considérées, de façon particulière, pour une politique de santé mentale:

- celle de phénomènes sociaux qui inquiètent par le poids qu'ils font peser sur la collectivité;
- celle de groupes plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale de même que les écarts existants entre différents groupes de population;
- celle de la population dans son ensemble et de ses contextes de vie.

La nécessité de jeter des assises pour cerner ces réalités dans une perspective d'amélioration de la santé mentale de la population s'impose au-delà des préoccupations d'organisation de services.

3.1 Des épiphénomènes en santé mentale

Les phénomènes que nous abordons ici ne constituent pas, à proprement parler, des troubles mentaux de même nature que la dépression ou la schizophrénie. Il s'agit plutôt de domaines frontières entre des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale. Nous les désignons, pour l'instant, comme des épiphénomènes qui, à leur façon, sont des indicateurs d'un état de santé mentale. Ils soulèvent d'importants débats sur les limites de la pratique dans le champ de la santé mentale et l'engagement de ses intervenants sur ces questions spécifiques.

La confusion qui peut entourer ces débats provient de deux sources. La première est qu'il s'agit principalement de problèmes sociaux qui impliquent un partage de responsabilité entre divers secteurs, selon diverses approches, et mettent à contribution plusieurs compétences. La seconde vient du nécessaire caractère de prudence qui a toujours entouré la désignation et la catégorisation des troubles mentaux. Dans une perspective de santé mentale, nous sommes parfois dans l'univers des choix, parfois dans celui des nécessités; quelquefois nous y décelons une cause de troubles psychiques, plus souvent nous sommes placés devant les conséquences.

La simple nomenclature des phénomènes en question suffit à expliquer l'ambiguïté qui les entoure. Malgré le caractère très partiel des informations disponibles, qui s'explique par une sous-déclaration évidente, le seul langage des chiffres est suffisant pour soulever le caractère dramatique de la situation.

Parmi ces phénomènes, on retrouve le **suicide**, très souvent aboutissement logique d'un cheminement psychologique devenu intolérable. Se retrouve également la **violence**, ses conséquences pour la victime d'abord puis l'existence d'agresseurs. Nous faisons aussi référence à l'**alcoolisme** et aux **toxicomanies**, à la fois comme mécanismes d'évasion et pour leurs conséquences sur les individus et leur entourage.

Vues sous l'angle des personnes, la réalité d'un geste suicidaire, d'une consommation abusive d'alcool ou de drogue et l'expression de violence vont souvent s'inscrire dans le champ de la santé mentale et requérir un service en conséquence.

3.1.1 Le suicide(1)

En trente ans, le taux de décès par suicide est passé de 3,7 à 16,5 par 100 000 (1984). Le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes et les tentatives de suicide sont plus élevées chez les femmes.

C'est entre 20 et 24 ans chez les hommes et entre 30 et 44 ans chez les femmes que les taux de suicide sont les plus élevés. L'écart le plus important entre les deux sexes se retrouve chez les 15-19 ans alors que les hommes ont un taux de décès près de dix fois supérieur. L'écart le plus faible se retrouve chez les 45-64 ans où les hommes ont tout de même un taux 2,3 fois supérieur à celui des femmes.

Quels que soient le découpage retenu, l'âge, le sexe ou la région, le suicide connaît une hausse inquiétante qui commande une attention toute particulière. Si certaines statistiques ont de quoi surprendre, tel l'accroissement du suicide chez les femmes de plus de 45 ans, il nous faut toutefois souligner la proportion tout à fait dramatique que prend le suicide chez les jeunes. En 1984, au moins 400 adolescents et jeunes adultes se sont suicidés au Québec, ce qui place le suicide au second rang des causes de mortalité à cet âge, juste derrière les accidents de la route. À 34,5 par 100 000 habitants, le taux de suicide chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans représente un sommet au niveau mondial.

Ces quelques données, pour le moins dramatiques, nous amènent à considérer l'importance d'une action plus soutenue conjuguant la contribution

---

(1) Tous nos chiffres sont extraits des différents travaux que Marie-France Charron a réalisé sur la question.

possible des intervenants en santé mentale et celle des groupes qui ont développé une expertise particulière en prévention du suicide. Dans un premier temps, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure de l'harmonisation des moyens retenus par sa politique de santé mentale et le projet de politique de services à l'égard des personnes suicidaires de façon à en arriver rapidement à un programme d'action d'envergure nationale en matière de prévention du suicide.

R-32

En outre, le Comité considère qu'il y a urgence de confirmer l'inclusion de la crise suicidaire à l'intérieur des mandats de services d'intervention en situation de crise. C'est pourquoi il recommande:

Que les services d'intervention en situation de crise, à prévoir dans la démarche régionale de planification de services, aient l'obligation, soit par une responsabilité directe, soit en lien avec des organismes spécifiques lorsqu'il en existe, d'inclure la crise suicidaire dans leur mandat.

R-33

3.1.2 L'alcoolisme et les toxicomanies

L'usage abusif d'alcool et de drogues a des répercussions sur les capacités affectives, cognitives et relationnelles des personnes. Il existe des liens directs entre les toxicomanies et la criminalité, les conflits familiaux, les accidents de la route de même que le comportement au travail. C'est donc un phénomène complexe qui touche tous les aspects de la vie personnelle et sociale.

On peut constater l'importance du syndrome de dépendance alcoolique par le nombre d'hospitalisations en psychiatrie, particulièrement chez les hommes. L'alcoolisme est un problème fortement masculin qui connaît toutefois une augmentation rapide chez les femmes. C'est également un phénomène

en nette évolution alors que les hommes et les femmes sont de plus en plus nombreux à consommer de l'alcool, qu'ils le font en plus grande quantité, de plus en plus jeune, tout en éprouvant des problèmes de plus en plus graves liés à cette consommation.(1)

Les coûts économiques des problèmes reliés à la consommation d'alcool s'avèrent très élevés. Les coûts relatifs au traitement, à la réadaptation de même que les coûts reliés à la perte de productivité en milieu de travail, le chômage et l'aide sociale, les pertes dues aux accidents découlant d'un usage abusif d'alcool s'élevent à plusieurs centaines de millions de dollars.

Devant cette situation, il devient impérieux pour l'État de faire les choix qui s'imposent pour la recherche d'un équilibre entre des libertés individuelles et collectives face à la consommation d'alcool.

Dans ce contexte, comme première démarche pour contrer la montée de ce phénomène, le Comité recommande:

Que le gouvernement du Québec, en vertu de sa responsabilité en matière de santé publique, considère les revenus tirés de la vente d'alcool comme source de financement pour fins de recherche, de prévention et de soutien aux groupes qui ont développé une expertise dans ce secteur sous réserve d'une évaluation de leur action.

R-34

Tout comme pour l'alcoolisme, on observe une croissance du problème des toxicomanies au Québec. L'usage de drogues illégales est surtout l'apanage des jeunes de 15 à 25 ans alors que l'usage abusif de médicaments touche particulièrement les personnes âgées et les femmes de 35 à 65 ans.

---

(1) Conseil des Affaires sociales et de la famille (Laurent Roy): Le point sur les habitudes de vie: l'Alcool. Gouvernement du Québec, 1er trimestre 1985, 117 pages.

Lorsqu'ils sont conjugués à un problème d'ordre mental, les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanies amplifient la confusion chez la personne et confrontent les intervenants à une dynamique particulière où ils doivent faire appel à la spécificité et à la multidisciplinarité dans l'intervention.

Cette situation nous amène à considérer deux éléments importants pour l'organisation des services. Le premier concerne le fait que les personnes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie conjugué à un problème d'ordre mental subissent des ruptures dans le processus d'aide dues à une mauvaise coordination entre les services de santé mentale et les services de réadaptation qui leur sont spécifiques. Le second implique la reconnaissance de la prépondérance et de la qualité de l'action de support et de réadaptation des groupes d'entraide. Ce sont là deux éléments devant être pris en considération à l'intérieur d'une démarche régionale de planification.

3.1.3 La violence

La violence constitue un phénomène nettement sous-déclaré dont l'impact est difficilement mesurable. Nous sommes tout de même amenés à constater une évolution fort inquiétante des manifestations rattachées à la violence sous toutes ses formes.

Au Québec, le taux d'homicide a triplé depuis trente ans. Entre 1983 et 1984, le nombre d'agressions à caractère sexuel auprès des femmes a connu une hausse de plus de vingt pour cent selon ce qui a été déclaré aux corps policiers. Phénomène encore mal connu, la violence familiale fait également partie du portrait. Chaque année au Québec, les refuges pour femmes violentées reçoivent plus de 12 000 demandes d'aide alors que leur capacité d'accueil n'est à peine que de la moitié. Le nombre d'enfants pris en charge en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse de même que les signalements auprès des Directions de la protection de la jeunesse connaissent une hausse très inquiétante. Les personnes âgées sont égale-

ment victimes de différentes formes de traitements abusifs. Somme toute, nous sommes en face d'un phénomène multiforme qui évolue de façon inquiétante et dont les conséquences sur la santé mentale des personnes qui en sont victimes, et même sur celle de leurs proches, sont encore mal connues et souvent insoupçonnées.

De plus en plus, on voit poindre une prise de conscience des effets de la violence et de son impact sur la santé mentale des personnes et de la population. Constatant l'accroissement de la sensibilisation à ce phénomène et la nécessité d'actions à entreprendre auprès des victimes et des agresseurs, notamment par la recherche sur les modes de pratique et d'intervention, le Comité recommande:

Que le gouvernement du Québec procède à l'élaboration d'une politique d'ensemble visant à déterminer les grands paramètres d'une action collective pour contrer les phénomènes de violence, dans une démarche engageant les différents secteurs concernés par la question.

R-35

L'action pour contrer la violence doit devenir un choix de société et impliquer des efforts majeurs selon une approche intersectorielle justifiant ainsi une politique gouvernementale dont la portée dépasse le cadre spécifique d'une politique de santé mentale.

* * *

Tous les phénomènes que nous venons d'introduire constituent des problèmes qui connaissent une croissance importante au Québec. Au point où nous en sommes, on peut avancer que la question principale n'est plus de savoir s'ils concernent ou non la santé mentale, encore moins de déterminer s'il s'agit de problèmes plus visibles parce qu'ils sont mieux comptabilisables. Il devient de plus en plus impératif d'appuyer concrètement ceux et celles qui oeuvrent spécifiquement dans ce secteur et de s'assurer de la contribution concrète des acteurs en santé mentale, en vertu des éléments

de solutions qu'ils détiennent. Les efforts à y consacrer peuvent se mesurer par le poids que ces problèmes font peser sur la société dans son ensemble. Quel que soit l'angle d'approche, une politique de santé mentale ne peut en faire l'économie.

3.2 Des groupes à risques

Nous avons déjà désigné un certain nombre de groupes plus à risque de développer un problème d'ordre mental. L'action auprès de ces groupes emprunte la voie d'un accroissement des efforts de prévention qui doivent être structurés à partir d'un bilan approfondi de l'état de santé mentale de la population. L'enquête Santé-Québec, en cours de réalisation, devrait permettre de jeter un éclairage plus complet sur les principaux facteurs susceptibles de conduire à des problèmes de santé mentale.

Il est difficile à un niveau national d'en arriver, de façon précise, à établir un ordre de priorité parmi ces groupes et de concevoir des programmes spécifiques à leur égard. Cette spécificité peut mieux être saisie à une échelle plus restreinte en fonction des concentrations de problèmes propres à chaque milieu. La démarche de planification régionale établie à partir d'une définition des besoins de la population devrait être en mesure de déterminer qu'elles sont les cibles particulières à privilégier pour les actions de nature préventive.

Le cadre de référence développé précédemment introduit l'équité comme principe de base pour une politique de santé mentale. Ce principe fait référence à la correction d'écarts dans la disponibilité de services pour le champ de la santé mentale. Dans le domaine, il permet de faire ressortir des différences importantes entre des groupes de population selon certaines variables socio-démographiques. Il nous faut reconnaître, d'emblée, que la démarche à ce niveau demeure tout à fait exploratoire; elle suggère plutôt des pistes de réflexions et de recherche que des actions d'envergure.

Le manque de connaissance et de préoccupation quant à la distribution des troubles de santé mentale parmi la population québécoise nous confine à une position qui favorise une ouverture encore modeste sur des réalités qui devront être considérées de façon beaucoup plus systématique dans l'avenir. Eu égard à la santé mentale, il existe dans la population québécoise des écarts suffisamment significatifs pour justifier plus d'équité dans l'action. Le Comité tient à signaler l'existence de différences liées au statut socio-économique et au mode d'habitat, à faire état de la situation particulière des jeunes et à recommander une réflexion plus approfondie sur la santé mentale des femmes et celle des personnes âgées.

3.2.1 Statut socio-économique et mode d'habitat

Si l'on reconnaît que les troubles mentaux sévères contraignent à des conditions de vie difficiles, peut-on, à l'inverse, considérer le faible statut socio-économique comme un risque important de développer des problèmes d'ordre psychique? Sans répondre à la question de façon exhaustive, on peut retenir que les personnes les plus défavorisées semblent être celles qui connaissent le plus de problèmes d'ordre psychique. Outre le faible statut socio-économique, le portrait de ces personnes révèle qu'elles habitent souvent seules et ont vécu quelques évènements traumatisants ou conflictuels dans leur vie. Au Québec, le lien entre pauvreté et santé mentale doit être analysé de façon rigoureuse.

Les problèmes de santé mentale semblent plus fréquents en milieu urbain qu'en milieu rural. La présence dans les grandes villes d'importantes concentrations de personnes qui vivent seules, sans véritable réseau social, peut constituer une partie de l'explication. Si les problèmes reliés à la dépression sont plus importants en milieu urbain, ceux reliés à l'anxiété semblent plus fréquents en milieu rural. Tout comme pour les écarts entre statuts socio-économiques, l'enquête Santé-Québec devrait fournir des informations de base pour circonscrire les distinctions entre milieu rural et milieu urbain dans le domaine de la santé mentale.

3.2.2 La santé mentale des jeunes

Considérée sous l'angle de la santé mentale et des principaux facteurs de risque que l'on peut y associer, la situation des jeunes au Québec est de nature à inquiéter à plus d'un point de vue. On commence à enregistrer des consommations significatives de services médicaux psychiatriques chez les enfants de 5 à 9 ans. Par ailleurs, les 15-19 ans sont le groupe qui connait actuellement la plus forte augmentation pour le recours à des traitements psychiatriques. S'il ne s'agit pas nécessairement du groupe d'âge pour lequel les statistiques révèlent les proportions les plus importantes de troubles d'ordre mental, il est toutefois inquiétant de constater l'existence d'un ensemble de problèmes qui vont s'accentuer avec l'âge. La superposition de ces problèmes consécutive au passage du milieu familial au milieu scolaire puis au milieu de travail doit faire l'objet d'un effort de recherche particulier pour concevoir des actions mieux articulées en matière de prévention.

De façon à assurer une action concertée et plus soutenue en matière de santé mentale des jeunes, le Comité recommande:

Que, dans chaque région du Québec, à la faveur d'une démarche impliquant la collaboration étroite des organismes du réseau de l'Education et de ceux du réseau de la Santé et des Services sociaux, soient mises sur pied des tables de concertation-jeunesse de façon à déterminer les rôles et responsabilités de chacun des partenaires en matière de promotion et de prévention en santé mentale.

R-36

3.2.3 La santé mentale des femmes

Les distinctions selon le sexe par rapport à la consommation de soins et services en santé mentale fournissent des informations qui peuvent être révélatrices de la nature des problèmes à considérer et des façons actuelles d'y répondre. De façon générale, on constate des écarts entre les hommes et les femmes, écarts qui ont tendance à diminuer et même à disparaître à mesure qu'augmente l'intensité des problèmes.

Les femmes consultent le médecin, généraliste ou spécialiste, trois fois plus souvent que les hommes pour des problèmes d'ordre psychique. Elles reçoivent deux fois plus de traitements médicaux psychiatriques (cinq fois plus entre 15 et 19 ans), elles ont une consommation de médicaments nettement plus élevée et les problèmes d'ordre psychique sont une cause d'invalidité plus importante chez elles.

Mais une fois franchie la porte du centre hospitalier, la situation change. Les femmes ne reçoivent plus que 52% des diagnostics d'hospitalisation. On constate chez les femmes le poids de la dépression névrotique (deux fois plus d'hospitalisation que chez les hommes).

Ce sont là quelques indicateurs de consommation de soins et de services qui doivent être interprétés comme conséquences d'un ensemble de conditions étroitement liées à la situation des femmes et aux rôles sociaux qu'elles exercent dans la société québécoise.

Le mouvement des femmes vers l'égalité et l'autonomie a conduit à des remises en question fondamentales dans toutes les sphères de l'activité sociale. Il a permis la création d'une multitude de ressources et de services, mis sur pied par les femmes elles-mêmes, à la faveur d'une diversité de regroupements qui témoignent d'un dynamisme particulier. Dans le champ de la santé mentale, le mouvement des femmes possède sa propre lecture des problématiques favorisant ainsi l'émergence et le développement de formes nouvelles d'intervention et de pratique.

Le Comité insiste sur trois éléments principaux pour appuyer la pertinence de pousser plus avant la réflexion sur la santé mentale des femmes. Si le haut niveau de consommation de soins et de services retient en premier lieu l'attention, la nécessité d'une plus grande sensibilisation à la condition féminine dans l'intervention de même que l'appui aux moyens qu'ont développé les femmes pour contrer certains problèmes constituent également des paramètres pour une démarche à poursuivre.

De façon à donner une impulsion nouvelle aux différentes initiatives soutenues par les femmes en santé mentale de même que pour accélérer la réalisation de certains programmes gouvernementaux, le Comité recommande:

> **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mandate le Comité de la santé mentale du Québec pour travailler conjointement avec le Conseil du statut de la femme à l'examen des formes et modalités d'intervention les plus adaptées à la condition des femmes en proposant notamment des moyens d'améliorer la formation des intervenants sur les différentes problématiques de santé mentale vécues par les femmes.**
>
> **R-37**

3.2.4 La santé mentale des personnes âgées

La population du Québec vieillit. Nous sommes plus nombreux à vivre plus longtemps qu'autrefois, alors que l'on assiste à une diminution de la natalité. Une meilleure compréhension du processus de vieillissement nous amène à l'aborder de moins en moins comme une maladie. Le troisième âge apporte toutefois certains problèmes particuliers sur les plans physique et mental.

S'agit-il de l'effet des nombreux stress accumulés au cours d'une vie, d'états latents qui se manifestent au détour d'une diminution de la résistance en général ou d'événements vécus à ce stade de la vie: retraite, mort du conjoint? Les problèmes que l'on observe chez les personnes âgées ne peuvent être dissociés des caractéristiques physiques, psychologiques ou sociales du processus de vieillissement.

Force nous est de constater que nos connaissances sur les moyens les plus en mesure de permettre qu'une personne ait une meilleure santé mentale une fois âgée ne sont guère développées.

Le poids des troubles mentaux chez les personnes âgées augmente à un rythme qui dépasse largement l'accroissement démographique de ce groupe. Ceci laisse présager une augmentation de la demande de services et, dans ce

contexte, c'est vers la prévention que doivent dès maintenant s'orienter les actions.

Jusqu'ici, les programmes de promotion et de prévention en santé mentale n'ont pas été conçus pour outiller la personne en prévision du vieillissement mais plutôt pour favoriser le fonctionnement de la personne au cours de sa période de vie dite active.

Des correctifs doivent être apportés et, dans ce contexte, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mandate le Comité de la santé mentale du Québec aux fins de produire un avis sur l'influence du vieillissement sur la santé mentale afin de déterminer les paramètres nécessaires à l'élaboration de programmes de promotion et de prévention.

R-38

Les actions à entreprendre doivent viser une diminution de l'impact des problèmes rencontrés au troisième âge en considération des liens étroits qui existent entre santé physique et santé mentale. Les causes peuvent concerner autant les dimensions économique (pauvreté, logement, alimentation), sociale (marginalisation, isolement) que physique (diminution des capacités sensorielles et motrices); la promotion et la protection de la santé mentale des personnes âgées passent donc par autant d'avenues.

3.3 Promotion de la santé mentale

Par sa réflexion sur la santé mentale, le Comité tenait à soulever l'existence d'une foule de possibilités de nature à maintenir, protéger, améliorer et promouvoir la santé mentale.

Peu explorées jusqu'à maintenant, compte tenu de l'acuité des questions posées à la société par la situation des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental, ces possibilités n'en constituent pas moins des voies d'avenir.

La disponibilité d'un système de services complets et de qualité n'est pas suffisante pour garantir l'amélioration souhaitée de la santé mentale de la population, un des objectifs que sous-tend ce projet de politique. Continuer d'y investir sans au moins développer le souci de réduire ou d'éliminer des facteurs à l'origine des problèmes d'ordre mental conduit directement à l'hypertrophie d'un système essentiellement axé sur la correction des problèmes.

De façon générale, il faut reconnaître, qu'au Québec, l'idée même de la promotion de la santé mentale n'est encore qu'à sa toute première forme d'expression, celle d'initiatives isolées non soutenues par une volonté collective et peu alimentée par le développement des connaissances. Dans le cadre du concept plus général de promotion de la santé, la promotion de la santé mentale n'a pas encore réussi à imposer une spécificité qui, pourtant, lui permettrait de générer des actions significatives pour améliorer la santé mentale de la population.

Un certain nombre de conditions de départ doivent être fixées avant même de songer à établir des objectifs mesurables en termes d'amélioration de la santé mentale de la population, à entreprendre les actions conséquentes et à pouvoir en suivre convenablement le cheminement. Parmi celles-ci, l'amélioration des connaissances sur les facteurs déterminants de la santé mentale constitue une véritable clef de voûte.

Dans un contexte où il s'agit avant tout de trouver le premier mouvement, le Comité tient à soumettre les deux pistes qui paraissent devoir être privilégiées.

La première concerne le **développement de compétences et d'habilités qui confèrent aux individus un pouvoir et un contrôle direct sur leur santé mentale et sur leur milieu.** Il s'agit là d'un véritable programme pour les années à venir qui implique, dans un premier temps, une large sensibilisation sur les facteurs individuels et collectifs susceptibles de favori-

ser la qualité de la vie et le développement de la santé mentale. Il concerne, dans un deuxième temps, la participation de la population et le développement de son intérêt à agir sur les déterminants de la santé mentale.

La seconde de ces pistes réside dans l'engagement de différents secteurs dans une démarche concertée visant à rendre présente une perspective de santé mentale dans les grandes préoccupations sociales. Des facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques interviennent en faveur ou au détriment de la santé mentale de la population. Nous parlons notamment d'habitation, d'alimentation, de travail, de loisir de même que du revenu nécessaire à satisfaire ces besoins. L'orientation d'intersectorialité proposée par cette politique prend ici son sens véritable.

Au Québec, la promotion de la santé mentale est encore au stade d'un discours bien timide. Il n'en demeure pas moins que l'on traite, aujourd'hui, certains problèmes qui auraient pu être prévenus et que les conditions propres aux différents milieux de vie feront que, demain, ces problèmes persisteront ou pourront même s'accroître.

De façon à négocier un premier virage du côté de la promotion de la santé mentale, doivent s'établir dès maintanat le développement de la santé mentale et l'amélioration de la qualité de la vie. C'est ainsi que dans un premier temps, le Comité recommande:

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux mandate le Comité de la santé mentale du Québec pour effectuer les travaux nécessaires à l'examen des facteurs les plus significatifs à une amélioration de la santé mentale de la population, notamment par la production d'avis portant sur les liens entre la santé mentale et les milieux de vie que constituent la famille, l'école, le travail de même que l'environnement immédiat des individus.

R-39

En second lieu et de façon à élaborer des stratégies d'ensemble visant à rejoindre les secteurs les plus déterminants pour la santé mentale de la population, le Comité recommande:

Que la Ministre de la Santé et des Services sociaux voie à prendre les moyens pour assumer un leadership de coopération intersectorielle avec l'objectif de développer une plus grande cohérence de l'action gouvernementale en matière de santé mentale et cela plus particulièrement au niveau du travail, du loisir, de l'habitation, de l'éducation et de la sécurité du revenu.

R-40

Avant de disposer d'un bilan de l'état de santé mentale de la population du Québec qui permettra de fixer des objectifs mesurables dans le temps, il importe de pousser la réflexion sur les déterminants de la santé mentale, d'adopter une stratégie de coopération intersectorielle et ainsi d'établir les premiers jalons d'un long cheminement vers l'amélioration de la la santé mentale de la population. La prochaine politique de santé mentale du Québec devrait commencer par ce chapitre.

QUATRIÈME PARTIE

LE SUIVI DE LA POLITIQUE

La suite de ce document de politique implique quatre éléments principaux:

un large débat sur les recommandations qu'il contient;

l'aménagement des actions à entreprendre;

la disponibilité d'outils nécessaires à leur planification et leur évaluation;

l'élaboration de thèmes prioritaires de réflexion.

Les recommandations contenues dans cette politique s'inscrivent dans une démarche en trois temps:

- **dans le champ de la santé mentale, à partir de la personne, la désignation des acteurs et la proposition de différents moyens susceptibles d'améliorer leur situation respective comme bénéficiaires ou dispensateurs de services;**

- **l'organisation de ces services à partir de l'introduction de mécanismes susceptibles de favoriser un meilleur équilibre entre les différentes fonctions à exercer;**

- **dans le domaine de la santé mentale, l'ouverture sur un ensemble de réalités qui forcent à pousser la réflexion pour mieux structurer les actions de nature préventive et la promotion de la santé mentale.**

La démarche du Comité s'explique par un souci de dégager une continuité entre la situation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, réalité plus circonscrite, jusqu'à une préoccupation pour la santé mentale de toute la population. Le cadre à l'intérieur duquel se prennent les décisions en santé mentale sous-tend toutefois une logique différente. Pour assurer une suite concrète aux différentes recommandations contenues dans ce document de politique, le Comité propose une relecture de ses propositions selon une démarche d'ensemble.

1. Priorité à la santé mentale

Cet énoncé de politique doit être l'occasion d'un large débat public sur la santé mentale au Québec et constituer un moment privilégié d'affirmer son importance comme richesse collective, à préserver et à développer. Le cadre de référence qu'il propose, en plus de soutenir les différentes recommandations, doit aussi être considéré comme un point de ralliement pour les différents acteurs. La mobilisation autour d'objectifs communs, à la mesure des possibilités de chacun, demeure une des conditions d'actualisation des principaux moyens suggérés.

Le Comité n'a pas voulu dévier d'une démarche centrée essentiellement sur la personne, sur le service dont elle a besoin et auquel elle a droit. Ce souci constant a permis de dégager les grandes lignes d'une organisation de services permettant une adaptation aux réalités des personnes là où elles se trouvent. La démarche a également fait une place beaucoup plus importante à la famille et aux proches de ces personnes, à l'environnement immédiat dans lequel elles évoluent.

Ce sont principalement ces grands éléments que le Comité tient à mettre sur la place publique de façon à permettre de dégager des points de consensus, non plus sur les problèmes, mais cette fois-ci sur leurs solutions. Dans ce nouveau débat à amorcer, ce n'est pas tant la discussion stricte des moyens proposés qui est visée. C'est plutôt le positionnement des acteurs dans l'atteinte des grands objectifs et les efforts qu'ils sont disposés à y consentir.

Amener sur la place publique le débat sur la santé mentale constitue en soi un geste susceptible d'assurer la nécessaire mobilisation de ceux et celles qui y oeuvrent quotidiennement. C'est aussi un moyen de sensibiliser la population dans son ensemble aux grandes problématiques qui posent un défi à la société québécoise dans le domaine de la santé mentale. Le Comité estime qu'un débat élargi sur la santé mentale constitue une condition de suivi aux différentes orientations qu'il propose.

Aussi, la rencontre d'un tel objectif implique que le gouvernement du Québec fasse de la santé mentale une priorité qui mettra à contribution, bien sûr, le ministère de la Santé et des Services sociaux, mais également tous les secteurs d'activité de la société québécoise.

2. Cadre opérationnel

Les moyens proposés par ce projet de politique impliquent des modifications à certaines des règles qui ont actuellement cours dans le système

de soins et de services en santé mentale. Nous sommes ainsi placés dans une situation où il faut anticiper une période de transition et introduire l'aménagement d'un ordre d'actualisation des différents moyens.

Dans la cinquième et dernière partie de ce document, le Comité a élaboré un plan d'action qui doit être considéré à la fois comme son choix de priorités en vertu du cadre de référence qu'il propose et à la fois comme un déroulement logique des opérations consécutives aux différentes recommandations.

À ce stade-ci, il appartient aux autorités mandataires de décider des suites concrètes à donner à cet énoncé de politique. Sans vouloir précipiter les différentes décisions qui s'imposent compte tenu, entre autres, du débat souhaité, le Comité tient toutefois à rappeler que ses propositions impliquent différentes opérations d'actualisation qui viennent préciser les moyens et permettre leur réalisation.

C'est ainsi que, dans un premier temps, des mandats doivent être élaborés et confiés à différentes instances. En second lieu, il importe d'assurer des modifications à différents programmes actuellement en vigueur, à la fois pour permettre l'introduction des moyens suggérés et pour mieux les définir à partir du cadre de référence proposé. De plus, certaines recommandations exigent des modifications à des lois et règlements existants ce qui implique une opération majeure de révision avant de les soumettre au processus législatif. Enfin et surtout, l'atteinte des objectifs suppose que les différents mécanismes proposés autour d'une perspective de partenariat élargi puissent prendre concrètement racine avec les acteurs concernés et jouer le rôle que l'on attend d'eux pour l'amélioration des services à la personne.

Une fois arrêtées les grandes décisions sur les recommandations que nous avons formulées et entreprises les différentes opérations nécessaires à leur actualisation, le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux demeure central. Sa responsabilité à l'égard de la santé mentale

des personnes, des groupes et de la population l'oblige à se doter des moyens nécessaires à la gestion du système, à l'ajuster aux nouvelles réalités qui se profilent dans le champ et le domaine de la santé mentale.

3. Des outils pour la planification et l'évaluation

Comme bien d'autres, les membres du Comité ont été à même de constater la faiblesse des outils de recherche en santé mentale. Pourtant, il s'agit là d'un élément essentiel à l'élaboration d'une politique, à son suivi, son évaluation et son développement. C'est actuellement une pierre d'achoppement dans le secteur de la santé mentale, une limite à l'analyse de ses composantes, de leur dynamique et de l'impact de leurs actions.

Il nous paraît nécessaire, dès le départ, de soumettre les moyens proposés à une évaluation des résultats de sorte que les activités de planification permettent d'éviter les erreurs du passé et d'effectuer, chemin faisant, les ajustements nécessaires. La nécessité d'un bon système d'information se pose à plusieurs points de vue. Le Comité souligne les deux qui lui paraissent les plus importants et recommande:

> **Que le ministère de la Santé et des Services sociaux prennent les moyens nécessaires pour concevoir et mettre en place des systèmes d'information adéquats permettant à la fois une bonne connaissance des usagers et de la configuration des services de même que l'élaboration d'indicateurs de l'état de santé mentale de la population.**
>
> **R-41**

4. Le développement de la politique

Le Comité reconnaît qu'il n'a exploré en profondeur qu'une partie de ce que peut englober une politique de santé mentale, effleurant à peine toutes les possibilités offertes par ce qu'il a désigné comme le domaine de la santé mentale dans son ensemble. Il importe de réaliser qu'une politique n'est toujours qu'un point de départ et non un point d'arrivée.

Trois éléments doivent constituer dans l'avenir des voies privilégiées assurant une suite à la démarche d'élaboration d'une politique de santé mentale:

- la poursuite de la réflexion sur certains des thèmes que n'a pu aborder en profondeur ce document;
- la disponibilité d'un véritable bilan de l'état de santé mentale de la population;
- l'élaboration d'une politique de santé pour le Québec.

Le Comité de la santé mentale du Québec constitue un outil important pour la poursuite de la réflexion. Ce document de politique a indiqué les principaux thèmes pour lesquels une contribution significative est escomptée. Qu'il suffise de rappeler des thèmes comme le rôle de la famille et des proches, l'éducation, le travail, le vieillissement de la population, l'habitation, le loisir et la sécurité du revenu, pour comprendre la nécessité d'ouvrir l'action en santé mentale vers des perspectives plus larges avec toutefois des échéances proches compte tenu des problématiques.

Conscient qu'une politique doit être périodiquement ajustée de façon à demeurer actuelle et servir adéquatement les objectifs pour lesquels elle a été élaborée, le Comité tient finalement à recommander:

Qu'en plus de donner suite aux différentes recommandations en permettant l'implantation des moyens proposés, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'assure de l'existence des mécanismes nécessaires à l'ajustement et à l'évaluation périodique de l'atteinte des objectifs poursuivis par cette politique.
R-42

CINQUIÈME PARTIE

LE PLAN D'ACTION

Le plan d'action, qui conclut ce projet de politique, contient la reformulation des différentes recommandations en fonction de leur actualisation dans le temps. La réalisation de ce plan est envisageable sur une période de cinq ans et comprend trois étapes distinctes. Cependant, plusieurs actions peuvent être entreprises de façon concomitante à l'intérieur de chacune des étapes et se poursuivre d'une étape à l'autre.

L'ensemble des recommandations énoncées dans cette politique amène à conclure à la nécessité évidente d'accroître l'investissement dans le secteur de la santé mentale. Mais, il n'est pas du ressort du Comité de déterminer l'ampleur de cet investissement. Cette décision relève de l'arbitrage, à la lumière des ressources disponibles, de l'ensemble des besoins d'une collectivité dans laquelle la santé mentale doit s'inscrire comme un élément majeur, trop souvent négligé.

Le plan d'action vise à canaliser et à orienter les préoccupations ainsi que l'utilisation des ressources disponibles et celles qui viendront s'y ajouter vers les actions les plus susceptibles de répondre adéquatement et efficacement aux besoins relevés dans le champ et dans le domaine de la santé mentale. Le plan d'action n'en démontre pas moins l'importance et l'urgence d'un effort majeur à consentir en santé mentale au Québec.

LE PLAN D'ACTION

PREMIÈRE ÉTAPE

OBJECTIFS:

- Assurer le financement des programmes prioritaires en matière de services, de formation et de recherche.

- Mettre en place les mécanismes nécessaires à l'implantation de la politique.

- Susciter une démarche de partenariat dans le champ de la santé mentale.

MOYENS:

1. Prise de position gouvernementale sur la santé mentale comme priorité.

2. Mise sur pied d'un programme de répit pour les familles et les proches et octroi, pour sa réalisation, d'un d'un budget protégé équitablement distribué entre les régions et à l'intérieur de chaque région.

3. Injection d'un budget doublant les montants actuellement consacrés au financement des services dispensés par des groupes communautaires dans le champ de la santé mentale, en s'assurant d'une répartition régionale équitable.

4. Élaboration d'une campagne d'information et de sensibilisation sur la situation des personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental.

5. Mise sur pied de programmes de formation continue s'adressant en priorité à:

   - l'élaboration des plans de services individualisés;
   - l'intervention auprès des familles et des proches;
   - la formation des omnipraticiens.

6. Transmission au F.R.S.Q. et au C.Q.R.S. et autres organismes subventionnaires des attentes signifiées en matière de recherche en santé mentale.

7. Répartition du budget global de recherche en fonction de l'importance du secteur santé mentale.

8. Injection d'un budget additionnel pour stimuler la recherche en santé mentale.

9. Nomination par les conseils régionaux des personnes appelées à exercer la fonction d'ombudsperson.

10. Transmission aux conseils régionaux du mandat d'amorcer et de coordonner une démarche de planification régionale orientée vers la mise en place de la gamme de services requis en accordant une attention particulière aux jeunes, aux personnes âgées, aux personnes vivant des difficultés de santé mentale en association avec un état de déficience intellectuelle, un problème de délinquance ou un mode de vie itinérant.

11. Transmission aux établissements concernés des orientations mises de l'avant par la politique de santé mentale à l'égard des personnes présentant une **déficience intellectuelle** sans troubles mentaux et vivant encore en institution psychiatrique.

12. Nomination d'un **groupe-conseil** pour assister les établissements, dans le cadre d'un processus de désinstitutionnalisation afin de favoriser la réinsertion sociale.

13. **Identification des mesures législatives** devant permettre:
    - la reconnaissance des ressources communautaires comme dispensateurs de service en santé mentale;
    - l'obligation d'élaborer des plans de services individualisés pour les personnes auxquelles s'adresse ce moyen;

14. Mise en place d'un mécanisme de **coopération intersectorielle** afin de s'adresser aux questions identifiées comme problématiques dans le champ de la santé mentale, incluant les difficultés d'implantation de ressources dans les secteurs résidentiels.

15. Demande au Conseil de presse de procéder à l'élaboration et à la diffusion de **normes en matière d'information** sur les personnes aux prises avec des problèmes d'ordre mental.

16. Élaboration des **règles de financement s'adressant aux groupes d'entraide, de promotion et de défense des droits** afin de:

    - clarifier les sources de financement;
    - déterminer et diffuser les procédures;
    - encourager la participation de la communauté.

17. Élaboration de plans régionaux de répartition des effectifs psychiatriques.

18. Diffusion par le ministère de la Santé et des Services sociaux des mesures mises de l'avant pour assurer l'harmonisation des moyens entre la politique de santé mentale et le projet de politique de services à l'égard des personnes suicidaires.

19. Confier à un groupe de travail la responsabilité d'élaborer un système de cueillette de données en santé mentale, en lien avec les objectifs d'évaluation et de développement de la politique.

20. Mise en place, en collaboration avec les instances concernées, de mécanismes:

    - de revision des programmes de formation de base pour les intervenants en santé mentale;

    - d'examen de la pertinence d'introduire une formation spécialisée pour les intervenants en contact direct avec les personnes en besoin de service.

21. Mise sur pied d'un groupe de travail chargé de développer une approche intrégrée de services pour rejoindre les jeunes présentant des problèmes de santé mentale.

22. Confier au Comité de la santé mentale le mandat de préparer des avis sur les sujets suivants:

    - la santé mentale des personnes âgées;
    - la santé mentale des femmes, en collaboration avec le Conseil du statut de la femme.

DEUXIÈME ÉTAPE

OBJECTIFS:

- **Investir prioritairement dans les services à implanter ou à consolider.**

- **Poursuivre les efforts de recherche et de formation.**

- **Consolider et élargir la coopération intersectorielle.**

- **Amorcer le processus d'évaluation.**

MOYENS

1. Analyse et approbation, au ministère de la Santé et des Services sociaux, des plans d'organisation de services élaborés sur base régionale.

2. Désignation, en collaboration avec les conseils régionaux, des établissements à mandater pour la dispensation de programmes spécialisés requis en fonction de besoins spécifiques.

3. Dégagement des budgets nécessaires, de façon à donner suite aux besoins prioritaires identifiés par les plans d'organisation de service.

4. Allocation, sur une base d'équité, des budgets requis pour:

   - compléter la gamme de services dans chaque région;
   - réduire les écarts interrégionaux;
   - poursuivre l'effort de financement des services dispensés par des groupes communautaires;
   - s'assurer de la mise en place de services de prévention du suicide;
   - accroître les ressources psychosociales dans le champ de la santé mentale.

5. Dispensation des programmes de formation continue, en tenant compte des priorités identifiées dans les plans d'organisation de service.

6. Dégagement d'un budget de recherche en santé mentale équivalant à 15% du budget total de recherche en santé.

7. Réalisation de la campagne d'information et de sensibilisation avec la participation active de groupes de la communauté.

8. Implantation des plans régionaux de répartition des effectifs psychiatriques.

9. Mise en place de tables régionales de concertation-jeunesse pour supporter et encourager les activités de prévention, spécialement en milieu scolaire.

10. Implantation d'un système de cueillette de données en santé mentale.

11. Mise en place des mécanismes de coopération intersectorielle dans le domaine de la santé mentale, particulièrement dans les secteurs de l'éducation, du travail, de l'habitation, de la sécurité du revenu et du loisir.

12. Mise sur pied de groupe-conseil ayant pour mandat d'élaborer des plans d'action en matière d'alcoolisme, de toxicomanie et de violence.

13. Mandat au Comité de la santé mentale, dans une perspective de développement de la politique de la santé mentale, de préparer des avis sur les facteurs les plus significatifs quant à l'amélioration de la santé mentale de la population, notamment les liens entre la santé mentale et les milieux de vie.

14. Élaboration des protocoles nécessaires pour l'évaluation de l'impact de la politique de santé mentale en fonction des résultats attendus.

15. Mise en place d'un groupe de travail ayant pour mandat de déterminer les difficultés posées par les lois existantes dans le champ de la santé mentale et de proposer les modifications nécessaires.

TROISIÈME ÉTAPE

OBJECTIFS:

- Compléter la mise en place des recommandations.

- Accorder priorité aux actions d'évaluation.

- Planifier le développement de la politique de santé mentale.

MOYENS:

1. Poursuite, sur une base d'équité interrégionale, du financement des services dans le cadre des plans d'organisation de service.

2. Compléter la réalisation du programme de formation continue et finaliser la révision des programmes de formation de base pour les intervenants en santé mentale.

3. Réalisation des programmes d'évaluation, à la lumière des critères identifiés par la politique.

4. Suivi des recommandations des différents groupes de travail qui auront été appelés à exercer un mandat dans l'actualisation du plan d'action.

5. Mise en place d'un mécanisme visant l'ajustement et le développement de la politique de santé mentale.

ANNEXE

POINTS DE REPÈRE POUR UN PORTRAIT DES TROUBLES MENTAUX AU QUÉBEC

C'est encore de façon imprécise que l'on peut répondre aux questions suivantes: Quels sont les principaux problèmes de santé mentale qui affectent les Québécois? Quel est le nombre et quelles sont les caractéristiques des individus qui en sont affectés? À quel degré le sont-ils? Quels sont les besoins sous-jacents?

Les informations disponibles sont largement tributaires des multiples façons de concevoir la maladie mentale et des systèmes d'intervention qui se sont développés pour y faire face. Toute tentative d'esquisser un portrait des problèmes mentaux au Québec doit préalablement faire l'objet de considérations sur les limites inhérentes à ce type de démarche. Ces limites peuvent être circonscrites de la façon suivante.

- La santé mentale est un champ aux frontières encore imprécises et sa présence, son écart ou son absence est difficilement perceptible par les indicateurs conventionnels de l'état de santé des populations.

- On s'entend généralement pour reconnaître que la recherche en santé mentale est insuffisamment développée; à l'intérieur de ce secteur, la recherche de nature épidémiologique fait également figure de parent pauvre.

- Les données disponibles sont encore principalement le reflet de l'utilisation des services médico-hospitaliers et ne renseignent que très partiellement sur la condition et les besoins des individus.

Il est malgré tout possible d'esquisser certains des grands paramètres d'un portrait qui reste à compléter. Des efforts majeurs pour identifier et classifier les problèmes de santé mentale les plus importants, une recherche épidémiologique qui, malgré les embûches, impose de plus en plus de pertinence de même que la possibilité de tirer des données officielles certaines informations sur l'ampleur des besoins, constituent un ensemble

de facteurs qui permettent d'envisager une bien meilleure connaissance des problèmes d'ordre mental dans un avenir proche. La réussite de l'entreprise est toutefois conditionnelle à la somme des efforts qu'on voudra bien y consentir, au degré de diffusion que connaîtront les différentes recherches et à l'utilisation que pourront en faire intervenants, planificateurs et gestionnaires.

Une démarche majeure et systématique reste à faire pour cerner de façon précise l'importance des troubles mentaux qui affectent la population, déterminer comment ceux-ci se répartissent selon l'âge, le sexe, le lieu et le mode d'habitat et tenter de faire la lumière sur les facteurs qui ont une influence déterminante sur l'état de santé mentale. Beaucoup d'attentes en ce sens sont formulées à l'égard de l'enquête Santé-Québec qui ne sera pas disponible avant la publication de cette politique.

1- Sur l'ampleur et la nature des troubles mentaux au Québec

Différentes études américaines et quelques-unes québécoises semblent converger pour reconnaître que le taux de prévalence à vie des troubles mentaux dans une population se situe entre 15 et 20%. On peut illustrer cette donnée en retenant, qu'au Québec, près d'un individu sur cinq développera, au cours de sa vie, un problème de santé mentale pouvant faire l'objet d'un diagnostic.(1) Cette proportion met en relief l'importance des troubles mentaux parmi les problèmes de santé en général, importance que l'on avait peut-être insuffisamment soupçonnée jusqu'ici.

D'emblée toutefois, il nous paraît pour le moins prudent, compte tenu de la portée d'une telle insertion, d'y apporter les nuances nécessaires. Ainsi, il faut souligner que l'expression "troubles mentaux" peut recouvrir une gamme de réalités qui varient en intensité.

---

(1) KOVESS, V.: Contribution de trois études québécoises à l'élaboration d'une politique de santé mentale. Document préparé à la demande du Comité de la politique de santé mentale. Texte non daté, 49 pages.

Nous sommes tout de même en présence de problèmes importants pour lesquels des personnes ont soit consulté un médecin généraliste, un psychiatre ou un autre professionnel, soit fait usage de médicaments pour solutionner ce problème ou encore qu'elles se soient déclarées sérieusement gênées dans l'exercice de leurs activités. Même si l'indication que nous possédons concerne toute la période de vie des individus et que les problèmes qu'elle sous-tend sont de nature relativement chronique, il nous faut retenir qu'un nombre important de personnes rencontrent un ou des problèmes de santé mentale qui vont d'un empêchement à assumer des activités quotidiennes jusqu'à une perte très importante et sans retour de leur autonomie.

Tout en retenant comme point de départ un taux de prévalence à vie des troubles mentaux qui se situe entre 15 et 20%, il faut noter que les différentes études qui avancent ce rapport ajoutent que seulement le cinquième de ces problèmes seraient identifiés et traités.(2) Il est difficile de ne pas faire un certain rapprochement entre cette dernière proportion et le seul sondage(3) québécois que nous possédons sur la question. On y relève que la population québécoise connaît encore mal les problèmes de santé mentale, qu'elle demeure très réticente à faire appel aux interventions disponibles, qu'elle est peu optimiste par rapport à l'efficacité de celles-ci de même qu'elle confond le rôle et les compétences des divers intervenants.

Sans confondre perceptions individuelles des problèmes de santé mentale et standards professionnels de diagnostic, on peut peut-être s'interroger sur l'intérêt accordé jusqu'à maintenant à la sensibilisation de

---

(2) KOVESS, V.: Ibid.

(3) MELANSON-OUELLET, A. Études sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec. Québec, Ministère des Affaires sociales, mai 1980, 185 p..

la population et sur l'amplitude des réponses offertes par un système de services. La disponibilité d'un certain nombre de recherches sérieuses appuyées sur une instrumentation de plus en plus sophistiquée de même que la convergence de leurs conclusions nous amènent à considérer l'importance des problèmes de santé mentale, qu'ils soient traités ou non, et de faire référence non pas à des troubles passagers mineurs mais bien, la plupart du temps, à des problèmes handicapants devant lesquels les personnes peuvent être démunies.

* * *

Malgré des connaissances encore imparfaites sur l'épidémiologie des troubles mentaux au Québec et la difficulté de développer une démarche véritablement significative pour une politique de santé mentale, diverses avenues peuvent quand même être explorées comme points de repère pour un tableau des problèmes de santé mentale et des besoins des personnes aux prises avec ces problèmes.

Une première observation nous amène à constater l'importance des problèmes de dépression et d'anxiété dans la population. Une des études dont nous disposons[4] établit à 12% le taux de prévalence de ces deux problèmes dans une population adulte. Il n'est pas ici question que de symptômes cliniques, mais aussi d'empêchements sérieux à exercer son travail, condition qui persiste depuis au moins un mois. La consultation pour ce type de problème, lorsqu'elle survient, s'effectue en forte majorité auprès d'un médecin, surtout généraliste, de même qu'elle semble être

---

(4) MURPHY, Jane M. et LEIGHTON, Alexander H.: Control and Prevention of Depression and Anxiety in a General Population: A Position Statement. Prepared for the Comité de la politique de santé mentale du Québec, at the request of its President, Dr Gaston P. Harnois. November 14, 1986, 12 pages.

modulée plus par la présence et la disponibilité des ressources que par la fréquence des problèmes.

La distribution de ces problèmes parmi la population révèle l'existence de variations importantes selon diverses variables socio-démographiques. La première phase de l'enquête Santé-Québec(5) fournit à ce sujet un certain nombre d'indications importantes. Comme dans plusieurs enquêtes du même type, on remarque que les taux de dépression sont plus élevés en milieu urbain que rural, que ce sont les femmes qui en souffrent plus que les hommes et que les personnes séparées ou veuves de même que celles qui ont un niveau d'instruction peu élevé, ce qui correspond en général à un faible niveau socio-économique, y sont plus vulnérables. En outre, on remarque que la fréquence des dépressions est plus élevée lorsque les personnes ne travaillent pas à l'extérieur de leur lieu de résidence de même que l'importance de ce problème chez les personnes âgées. Parmi les groupes qui seraient les plus à risque de développer des troubles dépressifs, ressortent les hommes d'âge moyen qui n'ont pas d'emploi et les femmes seules tout spécialement les femmes âgées et ce, principalement en milieu urbain.

Ces différents éléments conduisent, dans le cadre de l'élaboration d'une politique de santé mentale, à considérer, de façon particulière, le réseau social de même que l'espace dans lequel évoluent les personnes.

* * *

(5) KOVESS, V. et coll.: Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski. Tome I et Tome II. Montréal. Centre hospitalier Douglas, janvier 1985, 178 pages et 225 pages.

Un second secteur d'observation nous est accessible grâce à des informations disponibles sur les personnes hospitalisées pour de longs séjours dans les établissements psychiatriques ou qui séjournent actuellement dans des pavillons ou des familles d'accueil qui dépendent directement de ces établissements.

En termes de nombre, si l'on devait disposer d'un portrait exhaustif de la situation de ce que l'on peut considérer comme les problèmes psychiatriques les plus sévères compte tenu des diagnostics posés, de la gravité des moyens qu'on y consacre et de l'altération conséquente de l'autonomie, il y aurait lieu de procéder à l'addition de plusieurs conditions d'existence.

Il faudrait, en premier lieu, prendre en considération le cas de près de 10 000 personnes atteintes de maladies mentales sévères et vivant en centre hospitalier psychiatrique ou dans des ressources dites connexes.(6) S'ajouterait à ce nombre, toute une population qui vit actuellement dans des ressources dites "intermédiaires". Ils sont plus de 5 000 dans les ressources d'hébergement du réseau des centres de services sociaux.(7) Puis, nous devrions y inclure un nombre important de personnes qui gravitent, et souvent militent, autour de ressources dites "alternatives" où la communauté assume une certaine forme de prise en char-

---

(6) SAMSON, Francine: Bilan statistique de la situation de la clientèle psychiatrique. Document de travail présenté au Comité de la politique de santé mentale. 17 décembre 1986, 186 pages.

(7) ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC: Santé mentale: Rôle du social dans un réseau de services. Mémoire présenté au Comité de la politique en santé mentale. Février 1987, 18 pages et annexes.

ge.(8) Il y aurait également lieu de tenir compte de plusieurs centaines de familles qui comptent un membre dont la santé mentale est gravement perturbée.(9) On peut avancer un chiffre conservateur de 15 000 familles. Devraient également s'ajouter un nombre toujours plus important de personnes qui, porteuses d'un diagnostic psychiatrique lourd, vivent complètement en marge de la société. Finalement, de nombreuses personnes, malades psychiatriques, vivent en milieu carcéral. On ne peut dénombrer les personnes souffrant de maladies mentales sévères et vivant isolées en maison de chambre dans un grand centre urbain ou résidant dans des lieux privés d'hébergement. Nous approchons ainsi facilement le cap des 30 000 Québécois et il manque probablement des catégories à cette liste. Notre intention n'est toutefois pas de nous livrer à un exercice comptable.

Nous préférons concentrer notre analyse sur certaines conditions de vie chez une partie de ces personnes de façon à cerner de façon un peu plus précise leurs besoins et tenter de les traduire en termes d'interventions. Les informations nous sont fournies par l'analyse préliminaire(10) d'une opération de recensement, au printemps 1985, de 8 000 personnes admises principalement dans les hôpitaux psychiatriques ou résidant dans des milieux d'accueil qui en dépendent directement.

---

(8) COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (ROGER PAQUET, FRANCINE LAVOIE, GASTON P. HARNOIS, MICHELLE FITZGERALD, CHRISTINE GOURGUE, NICOLE FONTAINE): La santé mentale - rôles et place des ressources alternatives. Avis sur les ressources alternatives. Gouvernement du Québec, 4e trimestre 1985, 168 pages.

(9) FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMI(E)S DU MALADE MENTAL: Mémoire présenté au Comité de la politique en santé mentale. 11 février 1987, 31 pages et annexe.

(10) ROBERGE, Pierre, La clientèle psychiatrique vue à travers le Locs: quelques éléments de description critique. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 15 octobre 1986, 50 pages.

On peut remarquer que les personnes ne bénéficient pas nécessairement d'un milieu de vie qui serait adapté à leur condition et au type d'aide qu'elle sous-tend. Quinze pour cent d'entre elles seraient aptes à vivre une existence autonome, par elles-mêmes ou dans leur famille. Le tiers seraient en mesure de vivre dans des installations situées dans la communauté où pourrait leur être fournie une aide appropriée. Le quart d'entre elles, compte tenu de ce que l'on peut désigner comme des comportements anti-sociaux ou difficiles, pourraient bénéficier d'une supervision constante dans des établissements en mesure de leur fournir, de façon continue, des soins de réadaptation. Plus de 25% des personnes seraient considérées comme dangereuses pour elles-mêmes ou les autres et devraient ainsi bénéficier d'un milieu de protection plus important. Peu importe, pour l'instant, le nombre de personnes en cause, les proportions nous amènent à réfléchir principalement sur des besoins exprimés en termes de suivi, de réadaptation et de soutien.

Les deux pistes que nous avons explorées partiellement soulèvent un certain nombre d'éléments qui mettent en cause la répartition des efforts en santé mentale. On possède de plus en plus de connaissances qui nous permettent de soulever la nécessité d'actions plus soutenues en aval et en amont de la maladie mentale, à la recherche d'un équilibre plus harmonieux entre les différents types d'aide à apporter aux personnes compte tenu des besoins que l'on peut percevoir et de plus en plus estimer.

Cette simple démarche nous amène à questionner la variété des réponses qui ont été apportées jusqu'ici et à soupçonner qu'il existe au Québec encore trop peu d'intérêt pour des actions qui prennent effet avant l'apparition des problèmes d'ordre mental et une préoccupation embryonnaire pour des besoins liés à la réadaptation et au soutien des personnes.

2- Sur l'évolution des problèmes mentaux

Assisterons-nous à une augmentation des problèmes de santé mentale au cours des prochaines années? Alors que la première partie de ce chapitre

a plutôt cherché des indications sur la nature et l'ampleur des problèmes de même que sur certains besoins sous-jacents, celle-ci cherche à découvrir des éléments qui éventuellement permettront une appréciation de l'importance des efforts à consentir. La démarche implique un examen sommaire des tendances que l'on peut observer en termes d'évolution de la demande de services.

Une étude longitudinale(11) a déjà permis d'établir que le taux de prévalence lié à la dépression et l'anxiété est demeuré relativement constant au cours des années. Par ailleurs, rien n'indique qu'on ait pu connaître une augmentation des problèmes mentaux les plus sévères, ceux qui ont le plus de conséquences pour l'autonomie des personnes.

Pourtant, en centre hospitalier de soins de courte durée, le nombre de personnes hospitalisées pour un problème d'ordre mental a connu une hausse de 5% entre 1983 et 1984. Depuis 1980, le nombre de journées d'hospitalisation connaît une augmentation annuelle moyenne de 2,5% et atteint actuellement près de 20% par rapport à l'ensemble des journées d'hospitalisation. Les actes posés par des médecins, omnipraticiens et spécialistes, actes pour lesquels ils ont déclaré à la Régie de l'assurance-maladie du Québec avoir rendu un service relatif à un traitement psychiatrique, connaissent une croissance annuelle moyenne de près de 2%. La liste d'attente des thérapeutes exerçant sur une base privée s'allonge constamment même si ce recours demeure onéreux pour l'usager.

Si l'on peut expliquer une partie de la croissance observée par la disponibilité plus importante de ressources dispensatrices de services, il n'en demeure pas moins que d'autres facteurs doivent être pris en considération. Les uns concernent les changements survenus dans les modalités de prise en charge des troubles mentaux. D'autres sont des résultantes des transformations survenues dans la structure d'âge de la population.

---

(11) MURPHY, J.M., LEIGHTON, A.H., Ibid.

On aura réussi, en vingt-cinq ans, à diminuer de moitié la capacité des centres psychiatriques de soins de longue durée, favorisant ainsi le transfert d'une partie importante de l'activité hospitalière en santé mentale vers les unités de soins de courte durée des centres hospitaliers généraux. Alors qu'actuellement plus de la moitié de la population des centres hospitaliers psychiatriques, où la durée moyenne de séjour est supérieure à trois ans, porte un diagnostic de schizophrénie et près du quart vit avec une psychose non-organique,(12) les personnes qui séjournent en centre hospitalier généraux présentent une configuration de problèmes relativement différente.

En constante diminution depuis les dernières années, la durée moyenne de séjour se situe à environ trente-cinq jours. On constate ici l'importance que prennent respectivement les troubles névrotiques, les psychoses schizophréniques et les psychoses maniaco-dépressives. Souvent associé à l'une ou l'autre forme de ces troubles, le syndrôme de dépendance alcoolique profile également son importance. La durée moyenne de séjour la plus élevée se retrouve de façon très nette du côté des psychoses schizophréniques avec 56 jours suivies par les psychoses maniaco-dépressives avec 34 jours.(13)

Puisque le nombre d'admission augmente et que la durée moyenne de séjour décroît, nous sommes en présence d'une circulation fort importante des personnes, mouvement dynamique complexe qui va en s'accélérant. À certains endroits, le nombre de réadmissions dans une année dépasse le nombre de nouvelles admissions. La circulation des personnes que l'on observe à

---

(12) ROBERGE, Pierre, Ibid.

(13) SAMSON, Francine, Ibid.

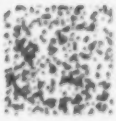
l'intérieur des seuls établissements hospitaliers, le développement des ressources extra-hospitalières, la diversification des formes d'aide de même que la croissance assez généralisée de la demande nous amènent à insister sur l'importance d'une continuité des interventions de façon à assurer aux personnes des services complets, de qualité, bien coordonnés.

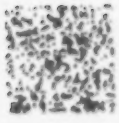
Aux changements qui sont survenus dans les réponses aux problèmes mentaux et qui ont modifié la demande de services, il faut ajouter ceux que l'on observe dans la structure démographique québécoise. Le vieillissement accéléré de la population retient bien sûr l'attention alors que l'augmentation de l'espérance de vie ne s'est pas accompagnée d'une augmentation équivalente de l'espérance de vie en bonne santé[14]. Par ailleurs, une nouvelle génération de personnes en difficulté n'a pas connu l'ère des longs séjours en institution. À un moment où précisément les troubles mentaux font leur apparition de façon très significative, le groupe des jeunes adultes (18-35 ans) vient d'atteindre le sommet de son importance numérique dans la population.

Bien que nous n'ayons pas mis en évidence tous les facteurs qui peuvent avoir un effet sur la demande de services, il nous paraît toutefois vraisemblable d'estimer que les problèmes d'ordre mental connaîtront une augmentation appréciable dans la population québécoise, situation à laquelle il faudra répondre avec beaucoup de flexibilité et de vigilance et développer des types de réponse à la mesure des problèmes qui sont posés.

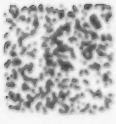
---

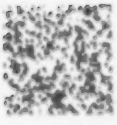
(14) CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (SYLVIE DILLARD): Durée ou qualité de la vie?. Québec, 1983, 70 pages.

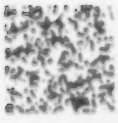




ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES







ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

AMYOT, Arthur et autres: Pour une politique de prévention en santé mentale à l'intention des personnes âgées. Québec, ministère des Affaires sociales, mai 1982, 108 pages.

APOLLON, Willy: "Pour une politique en santé mentale". Santé mentale au Québec, volume XI, numéro 1, juin 1986, p. 75-104.

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, Division du Québec: Une politique en santé mentale. Mémoire présenté par l'Association canadienne pour la santé mentale au Comité de politique en santé mentale présidé par Dr Gaston Harnois. Janvier 1987, 9 pages.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC: De l'institution à l'autonomie. Mémoire présenté à la Sous-commission des Affaires sociales. Mai 1985, 36 pages.

ASSOCIATION DES CENTRES DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC: Santé mentale: Rôle du social dans un réseau de services. Mémoire présenté au Comité de la politique en santé mentale. Février 1987, 18 pages et annexes.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC: Vers une réorientation des services psychiatriques au Québec. Mémoire présenté au Comité, présidé par le Dr Gaston Harnois, et mandaté par la Ministre de la Santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale. Décembre 1986, 38 pages.

ASSOCIATION DES PRATICIENS DE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTÉ DU QUÉBEC: Éléments de réflexion et recommandations présentés au Comité Harnois. 5 février 1987, 4 pages.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU QUÉBEC: Document d'orientation pour la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Juillet 1986, 30 pages.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU QUÉBEC: La maladie mentale: problème prioritaire au Québec. Mémoire présenté au Comité, présidé par le Dr Gaston Harnois, et mandaté par la Ministre de la Santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale. Janvier 1987, 35 pages, plus recommandations.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMIS DU MALADE MENTAL INC.: Impact de la maladie mentale sur la famille. Étude exploratoire sur le vécu des familles ayant un membre en psychiatrie. Montréal, 1984, 91 pages.

AUTO-PSY: Propositions du Groupe Auto-psy présentées à la Commission Beaudry sur le travail. Décembre 1984, 17 pages.

AUTO-PSY ET COMITÉ DES RÉSIDENTS DU C.H.R.G.: Sortir et s'en sortir - pour une véritable politique de désinstitutionnalisation. Mémoire soumis à la Sous-commission de la Commission permanente des Affaires sociales. 15 mai 1985, 30 pages.

* * *

BEAUSOLEIL, Léo-Paul: Commentaires sur la nomination du Dr Gaston Harnois. Janvier 1987, 14 pages.

BIBEAU, Gilles: "Le facteur humain en politique. Application au domaine de la santé mentale". Santé mentale au Québec, volume XI, numéro 1, juin 1986, p. 19-41.

BOLDUC, Mario: Analyse de la cohérence de politiques québécoises à l'égard des personnes ayant des incapacités. Première partie: Les clientèles ou problématiques considérées. Ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1986, 32 pages.

BOUDREAU, Françoise: De l'asile à la santé mentale - Les soins psychiatriques: Histoire et Institutions. Montréal, Editions Saint-Martin, 1984, 274 pages.

BRUNET, J. et autres: Rapport du Comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les C.L.S.C.. 10 mars 1987, 92 pages.

* * *

CANTIN, Réjean: Principales conditions nécessaires pour assurer la qualité de vie en institution. 9 février 1987, 21 pages.

CARIS, Patricia: Inventaire des recommandations formulées par des personnes ou groupes ou organismes rencontrés par le Comité de politique de santé mentale. 24 mars 1987, 27 pages.

CHAMBRE DE COMMERCE DU QUÉBEC: Le système de santé au Québec. Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux. Mars 1986, 14 pages.

CHARRON, Marie-France: Le suicide au Québec - analyse statistique. Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1983, 221 pages.

CHARRON, Marie-France et autres: "Bilan des connaissances sur la problématique du suicide au Québec". Service Social, volume 33, numéros 2 et 3, 1984, p.357-397.

CHEFS DE DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DE LA RÉGION DE QUÉBEC. Commentaires en regard du mandat du Comité de la politique de santé mentale. 25 novembre 1987, 5 pages et annexes.

COMITÉ CONSULTATIF RÉGIONAL EN SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION 02. Prise de position dans le débat actuel sur la politique en santé mentale au Québec - Lettre à Madame la Ministre de la Santé et des Services sociaux. 23 janvier 1987, 4 pages et annexe.

COMITÉ DE BÉNÉFICIAIRES DE L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE: Mémoire relatif aux activités et fonctionnement du Comité de bénéficiaires. 26 janvier 1987, 7 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (ELLEN CORIN, FRÉDÉRIC GRUNBERG, GUYLAINE SÉGUIN-TREMBLAY, LISE TESSIER): La santé mentale - de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale. Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 158 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (ELLEN CORIN, LISE TESSIER, GUYLAINE SÉGUIN-TREMBLAY, LUCIANO BOZZINI, FRÉDÉRIC GRUNBERG): Sortir de l'asile? Des politiques et des pratiques en pays étrangers. Avis sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis. Gouvernement du Québec, Les publications du Québec, 3e trimestre 1986, 480 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (LAURENT HOUDE, GUYLAINE SÉGUIN-TREMBLAY, MICHELLE FITZGERALD, MAURICE ROY, MIREILLE LAJOIE): La santé mentale des enfants et des adolescents - Vers une approche plus globale. Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes. Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 251 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (PIERRE BAULU): L'école et la santé mentale - État de la question de la santé mentale en milieu scolaire. Annexe de l'Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes. Gouvernement du Québec, 3e trimestre 1985, 89 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (YVES LAMONTAGNE, FRANCINE LAVOIE, LISE TESSIER): La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement. Avis sur l'efficacité des interventions en santé mentale. Gouvernement du Québec, 2e trimestre 1985, Volume 1 (Synthèse et recommandations), 115 pages, Volume 2 (L'efficacité de la prévention), 101 pages, Volume 3 (L'efficacité du traitement), 157 pages, Volume 4 (L'efficacité de la réadaptation), 123 pages.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (ROGER PAQUET, FRANCINE LAVOIE, GASTON HARNOIS, MICHELLE FITZGERALD, CHRISTINE GOURGUE, NICOLE FONTAINE): La santé mentale - rôles et place des ressources alternatives. Avis sur les ressources alternatives. Gouvernement du Québec, 4e trimestre 1985, 168 pages.

COMITÉ DE RÉVISION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DU MALADE MENTAL: Orientation proposée pour la révision de la Loi sur la protection du malade mental. Gouvernement du Québec, ministère des Affaires sociales, juillet 1980, 25 pages.

COMITÉ POUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE. Lettre du Président au Président Harnois. 27 avril 1987, 5 pages.

COMITÉ SUR LES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE: Proposition d'un cadre de référence sur les ressources communautaires en santé mentale. Document de travail. 24 mars 1987, 17 pages et annexes.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: Dossier "Santé mentale". Octobre 1986, 103 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: La Commission Rochon vous consulte sur... centralisation-décentralisation. Document soumis à la consultation. Québec, mai 1987, 10 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: La Commission Rochon vous consulte sur... la participation. Document soumis à la consultation. Québec, mai 1987, 11 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: La Commission Rochon vous consulte sur... la réglementation professionnelle. Document soumis à la consultation. Québec, mai 1987, 10 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: La Commission Rochon vous consulte sur... le communautaire. Document soumis à la consultation. Québec, mai 1987, 13 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: La Commission Rochon vous consulte sur... les services sociaux essentiels. Document soumis à la consultation. Québec, mai 1987, 11 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: La Commission Rochon vous consulte sur... multisectorialité. Document soumis à la consultation. Québec, juin 1987, 11 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: Les services de santé et les services sociaux - Problématiques et enjeux. Les publications du Québec, 1er trimestre 1987, 221 pages.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX: Les services de santé et les services sociaux - Quelques pistes de réflexion. Les publications du Québec, 1er trimestre 1987, 29 pages.

CONFÉDÉRATION DES ORGANISMES PROVINCIAUX DE PERSONNES HANDICAPÉES: Propositions de la Confédération des organismes provinciaux concernant le développement du travail adapté. 24 janvier 1986, 11 pages.

CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS NATIONAUX: Présentation de la CSN devant le Comité de la politique de santé mentale. 5 mars 1987, 11 pages.

CONFÉRENCE DES CRSSS DU QUÉBEC: Mémoire de la Conférence des Conseils régionaux du Québec au Comité Harnois sur la politique en santé mentale. 4 février 1987, 13 pages.

CONSEIL DE PRESSE DU QUÉBEC: Réflexion sur les droits et responsabilités de la presse. Document non daté.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (ANDRÉ ARSENAULT ET AUTRES): Objectif: santé. Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé. Gouvernement du Québec, août 1984, 217 pages.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (FRANÇOIS CAMIRAND): Les coûts de la maladie. Québec, 1983, 50 pages.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (SYLVIE DILLARD): Durée ou qualité de la vie?. Québec, 1983, 70 pages.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (MADELEINE LEVASSEUR): Des problèmes prioritaires. Québec, 1983, 189 pages.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (LAURENT ROY): Le point sur les habitudes de vie: L'Alcool. Gouvernement du Québec, 1er trimestre 1985, 117 pages.

CONSEIL DES CLINICIENNES ET DES CLINICIENS EN PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE ET EN SANTÉ MENTALE, DE L'A.Q.I.I.P.: Réflexions pour le Comité de la politique de santé mentale au Québec. Février 1987, 12 pages et annexes.

CORIN, Ellen et LAUZON, Gilles: "Les évidences en questions". Santé mentale au Québec, volume XI, numéro 1, juin 1986, p. 42-58.

CORPORATION DU PERSONNEL DES CENTRES DE JOUR PSYCHIATRIQUES DU QUÉBEC: Document présenté à la Commission Rochon sur les services de santé et les services sociaux. Mai 1986, 9 pages.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC: La surmédicalisation des problèmes psychologiques. Communiqué de presse. 1er octobre 1986, 2 pages.

CORPORATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC: Mémoire soumis à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Juillet 1986, 12 pages et appendice.

* * *

DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU DE GASPÉ (CHRISTIANE PAQUET): Pour la co-évolution des partenaires dans le domaine de la santé mentale. Contribution et orientations du D.S.C. de Gaspé. Avril 1987, 186 pages.

DÉPARTEMENT DE SERVICE SOCIAL DU CENTRE HOSPITALIER DOUGLAS: Mémoire à l'intention de la commission chargée d'établir une politique de la santé mentale au Québec. Octobre 1986, 7 pages.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY: Better Services for the Mentally Ill. London, Her Majesty's Stationery Office, Reprinted 1980, 91 pages.

DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES DES RÉGIONS DE LANAUDIÈRE ET DES LAURENTIDES: La santé mentale, à nous de décider: OK, décidons!. Juin 1986, 32 pages.

DORÉ, Mireille: Un bilan de la désinstitutionnalisation au Québec. Pour le Comité de la politique de santé mentale. Novembre 1986, 166 pages et bibliographie.

DORVAL, Michel: Mouvement de la clientèle psychiatrique au Québec: considérations statistiques. Présenté au Comité de la politique de santé mentale. Novembre 1986, 74 pages.

DORVAL, Michel: Portraits régionaux des ressources et services en santé mentale au Québec: Document préliminaire. Présenté au Comité de la politique de santé mentale. Décembre 1986, 16 pages.

* * *

FÉDÉRATION DES CÉGEPS: Avis de la Fédération des cégeps au Comité de la politique de la santé mentale. Mars 1987, 7 pages.

FÉDÉRATION DES C.L.S.C. DU QUÉBEC: L'intervention des C.L.S.C. en santé mentale: une présence qui s'affirme. Document de travail. Décembre 1986, 6 pages.

FÉDÉRATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS UNIS INC.: Exposé soumis le 5 mars 1987 au Comité de la politique de santé mentale par Sylvie Bissonnette, Secrétaire. 3 mars 1987, 7 pages.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC: Mémoire présenté au Comité provincial de la politique en santé mentale. Mars 1987, 12 pages et annexe.

FÉDÉRATION DES PROFESSIONNELLES ET PROFESSIONNELS SALARIÉ-E-S ET CADRES DU QUÉBEC (SERGE DÉRY): Quelle réforme en santé mentale ou une vraie politique globale en santé mentale. 5 mars 1987, 4 pages.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS PROFESSIONNELS D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS DU QUÉBEC: Des éléments de solution pour des services de santé efficaces. Document présenté à la Commission Rochon. 30 juin 1986, 35 pages.

FÉDÉRATION DES SYNDICATS PROFESSIONNELS D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS DU QUÉBEC: La problématique des services de santé et des services sociaux, quelques pistes de réflexion. Document présenté à la Commission Rochon. 27 mars 1986, 29 pages.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMI(E)S DU MALADE MENTAL: Mémoire présenté au Comité de politique en santé mentale. 11 février 1987, 31 pages et annexe.

FLAVIEN, Yves-F.: "Réflexion d'un psychiatre sur le rôle des C.L.S.C. en santé mentale". Administration hospitalière et sociale, septembre-octobre 1986, p. 6-9.

FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC: Plan de développement de la recherche en santé mentale au Québec: une priorité du F.R.S.Q.. Janvier 1987, 16 pages et annexe.

* * *

GARANT, Louise: La "désinstitutionnalisation" en santé mentale - Un tour d'horizon de la littérature. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1985, 74 pages et annexes.

GAUCHER, Dominique: Essai de définition et proposition d'utilisation de la notion de trajectoire. Présenté au Comité de la politique de santé mentale. Novembre 1986, 33 pages

GAUCHER, Dominique: Tirer profit de l'histoire. Présenté au Comité de la politique de santé mentale. Avril 1987, 20 pages

GENDREAU, Claude: Les ressources intermédiaires en santé mentale - Un réseau de services convergents public, privé et communautaire. Pour le Comité de la politique en santé mentale. Novembre 1986, 103 pages et annexes.

GIASSON-CARON, L. et autres: Implantation du modèle conceptuel de Virginia Henderson dans une clinique externe de psychiatrie. Janvier 1987, 39 pages.

GILBERT, Léon: Analyse des mémoires présentés au ministère des Affaires sociales au sujet de la loi de protection du malade mental. Septembre 1978, 14 pages.

GRENIER, Marc: La santé mentale. Direction - An 2000. Document de planification en santé mentale élaboré à partir des Avis du Comité de la santé mentale du Québec, dans la perspective d'une prise de décision. Québec, Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, octobre 1985, 115 pages.

GROUPE DE TRAVAIL M.A.S. - M.J.Q.: Le malade mental dans le processus judiciaire et correctionnel. Novembre 1982, 14 pages.

* * *

HOUDE, Laurent: La prévention relative à la santé mentale des enfants et des adolescents: approche communautaire. Exposé au Colloque de l'Association française de psychiatrie et de psychopathologie sociales, tenu à Grenoble. 21 mars 1987, 33 pages.

HOUDE, Laurent: Quelques éléments pour une politique de santé mentale qui tienne compte des besoins des enfants, des adolescents et de leurs familles. 13 avril 1987, 8 pages.

HOWARD, Kenneth I. and coll.: "The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy", American Psychologist, February 1986, p. 159-164.

* * *

INGELS, Monique: La notion de "santé mentale". Travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec. Été 1982, 82 pages.

* * *

KOVESS, V.: Contribution de trois études québécoises à l'élaboration d'une politique de santé mentale. Document préparé à la demande du Comité de la politique de santé mentale. Texte non daté, 49 pages.

KOVESS, V. et coll.: Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski. Tome I et Tome II. Montréal, Centre hospitalier Douglas, janvier 1985, 178 pages et 225 pages.

* * *

LAMONTAGNE, Francine. Document de travail présentant les recommandations tirées des mémoires déposés au Comité de la politique de santé mentale. 25 mars 1987, 66 pages et annexes.

LAURIN, Camille: "La psychiatrie québécoise remise en question", Le Médecin du Québec, octobre 1986, p. 93-104.

LAW, Maureen: Politique de santé mentale: perspectives nationales et internationales. Novembre 1986, 13 pages.

LECOMTE, Yves: "Le système de soutien communautaire: hypothèse pour une réforme des services en santé mentale". Santé mentale au Québec, volume XI, numéro 1, juin 1986, p. 5-18.

LEFEBVRE, Yvon et autres: Psycauses. Montréal, Université du Québec à Montréal - Professeur Yvon Lefebvre, décembre 1985, 176 pages.

LEIGHTON, Alexander, H.: Caring for Mentally Ill People, London, Cambridge University Press, 1982, 277 p.

LORTIE, Gilles: Bilan de l'intégration des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Texte non daté, 56 pages.

* * *

MARANDA, Marc-André et PAMPALON, Robert: "Santé pour tous - Un objectif pour le Québec?". Santé-Société, volume 9, numéro 1, hiver 1987, p. 24-34.

MELANSON-OUELLET, A.: Études sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec. Québec, ministère des Affaires sociales, mai 1980, 185 pages.

MESSIER, Michel J.: Réflexions sur la réadaptation. Texte préparé pour le Comité de la politique de santé mentale. 18 novembre 1986, 9 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX: Pour une réflexion sur la santé mentale. La santé mentale, à nous de décider. Proposition d'un plan d'action. Québec, (4e trimestre 1985), 148 pages.

MORISETTE, Louis: "Criminalité et violence chez les malades mentaux traités dans la communauté: prévention possible?". L'Union médicale du Canada, octobre 1986, p. 690-694, 744.

MURPHY, Jane M. et LEIGHTON, Alexander H.: Control and Prevention of Depression and Anxiety in a General Population: A Position Statement. Prepared for the Comité de la politique de santé mentale du Québec, at the request of its President, Dr Gaston P. Harnois. November 14, 1986, 12 pages.

* * *

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (ANNE HÉBERT): Éléments de réflexion sur la continuité et la complémentarité des services en santé mentale. Rencontre de l'O.P.H.Q. avec le groupe de travail chargé de l'élaboration d'une politique de santé mentale. 12 décembre 1986, 10 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (ANNE HÉBERT): Précisions préalables sur l'importance de la politique d'ensemble et le rôle de l'O.P.H.Q.. Rencontre de l'Office des personnes handicapées du Québec avec le groupe de travail chargé de l'élaboration d'une politique de santé mentale. 5 novembre 1986, 6 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (ANNE HÉBERT): Quelques éléments de réflexion sur la coordination des services. Rencontre de l'Office des personnes handicapées du Québec avec le groupe de travail chargé de l'élaboration d'une politique de santé mentale. 6 mars 1987, 16 pages.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: Dimensions sociales de la santé mentale. Genève, 1981, 49 pages.

* * *

PARADIS, Michèle et coll.: Éléments de problématique en santé mentale: les principales difficultés d'adaptation et leurs déterminants. Document de travail pour la région 03. Août 1986, 51 pages et annexes.

PARADIS, Michèle: La désinstitutionnalisation. Document de travail. Août 1986, 6 pages.

PARADIS, Michèle et coll.: Réflexion sur les enjeux en santé mentale. Document de travail pour la région 03. Septembre 1986, 20 pages.

PERRAULT, Chantal: Une problématique québécoise de santé mentale. Projet réalisé pour le Comité de la politique de santé mentale. Février 1987, 43 pages et annexe.

PLAIDOYER-VICTIMES: Violence et santé mentale - Un état de la question au Québec présenté au Comité de la politique de santé mentale. Avril 1987, 30 pages.

POTVIN, J.: La psychogériatrie au Québec. Octobre 1986, 11 pages.

* * *

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC: De l'actuation des ressources alternatives. Mémoire présenté au Comité mandaté par la Ministre de la Santé et des Services sociaux pour élaborer un projet de politique de santé mentale. Janvier 1987, 14 pages, annexes.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC: Intégration et réintégration des personnes psychiatrisées au marché du travail. Recommandations faites au Comité de la politique en santé mentale. Février 1987, 5 pages.

RÉSEAU D'AIDE LE TREMPLIN INC.: Service d'aide à l'accès au travail. Février 1987, 11 pages, plus annexes.

ROBERGE, Pierre: La clientèle psychiatrique vue à travers le locs; quelques éléments de description critique. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 octobre 1986, 50 pages.

ROY, Louis. Lettre adressée au Dr Gaston Harnois sur l'état de la législation en santé mentale. 17 février 1987, 10 pages.

* * *

SAMSON, Francine: Bilan statistique de la situation de la clientèle psychiatrique. Document de travail présenté au Comité de la politique de santé mentale. 17 décembre 1986, 186 pages.

SAUCIER, Jean-François: "Les politiques en santé mentale sont-elles génératrices de mouvements ou d'illusions?". Santé mentale au Québec, numéro spécial produit par Cosame et Gifric, octobre 1987 (sous presse).

SHEPHERD, Michael: "Mental Illness and Primary Care", American Journal of Public Health, January 1987, p. 12-13.

* * *

TREMBLAY, Marc-Adélard: "La révolution tranquillisante en psychiatrie: paradigmes, univers des pratiques et représentations sociales". Santé mentale au Québec, numéro spécial produit par Cosame et Gifric, octobre 1987 (sous presse).

* * *

VON BAEYER, Carl: Do Psychological Services reduce Health Care Costs? An Introduction and Research Summaries in Nontechnical language. Draft. May 1985, 37 pages.

* * *

WALLOT, Hubert: Histoire organisationnelle des services psychiatriques et de santé mentale - Québec. Novembre 1986, 104 pages, annexes.

WALLOT, Hubert: "La désinstitutionnalisation", 1ère partie, L'Union médicale du Canada, juillet 1985, p. 584-590.

WALLOT, Hubert: "La désinstitutionnalisation", 2e partie, L'Union médicale du Canada, août 1985, p. 618-624.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Continuing the Education of Health Workers - Guiding principles for the development of a system. Draft. Geneva, 1982, 89 pages.

LISTE DES REMERCIEMENTS

LISTE DES REMERCIEMENTS

Le Comité adresse en tout premier lieu des remerciements à des personnes qui l'ont assisté durant sa mission, aux plans notamment de la planification de la réalisation du mandat reçu, de la direction de recherche, de la rédaction, ainsi qu'aux plans administratif et technique, et qui lui ont généreusement offert avis et conseils. Ces remerciements sont plus précisément adressés à:

Madame Dominique Gaucher,
Madame Francine Lamontagne,
Madame Chantal Perrault,
et Monsieur André Garon.

De mêmes remerciements sont adressés à Mesdames Colombe Barbeau et Dolorès Nolet-Gosselin ainsi qu'à Mesdames Hélène Jobin, Marie-Paule Prévost, Renée Roy et Heather Stewart.

* * *

Le Comité adresse ensuite des remerciements à celles et ceux qui l'ont assisté sur le plan de la recherche, en réalisant l'un ou l'autre des travaux jugés nécessaires pour la préparation de ce projet de politique, ou en collaborant à la réalisation de l'un ou l'autre de ces travaux. Ces remerciements sont plus précisément adressés à:

Madame Pierrette Aubert,
Monsieur Gilles Côté,
Madame Mireille Doré,
Monsieur Michel Dorval,
Monsieur Claude Gendreau,
Monsieur Aimé Lebeau,
Madame Anne Lévesque,
Monsieur Gilles Lortie,
Monsieur Pierre Roberge,
Madame Francine Samson,
Madame Danielle Séguin,
Madame Lise Tessier,
Monsieur Hubert Wallot.

* * *

Le Comité veut aussi exprimer sa reconnaissance aux personnes suivantes qui ont accepté de lui préparer des textes de réflexion:

Madame Ellen Corin,
Monsieur Laurent Houde,
Madame Viviane Kovess,
Monsieur Alexander H. Leighton,
Madame Jane M. Murphy,
Monsieur Louis Roy.

Des remerciements sont adressés pour une raison identique au Groupe Plaidoyer-Victimes et à sa Présidente, Madame Micheline Baril, à l'Office des personnes handicapées du Québec et à Madame Anne Hébert et Monsieur Normand Lucas, du même organisme, ainsi qu'au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

* * *

Le Comité tient aussi à remercier les personnes qui ont accepté l'invitation de rencontrer ses membres pour partager avec eux leurs expériences et connaissances. Ces remerciements s'adressent plus précisément à:

Monsieur Arthur Amyot,
Madame Dorotha Auger,
Madame Juliette Bailly,
Monsieur Maurice Barker,
Monsieur Lionel Béliveau,
Monsieur Dominique Bédard,
Monsieur Alain Bérubé,
Monsieur Jacques Brunet,
Monsieur Donald Carette,
Madame Ellen Corin,
Monsieur Pierre Deschamps,
Madame Marie-Josée Dumais,
Monsieur Clément Fontaine,
Monsieur André Gagnon,
Madame Solange Gagnon,
Monsieur Frédéric Grunberg,
Monsieur Jean-Pierre Harvey,
Monsieur Laurent Houde,
Monsieur Paul Landry,
Monsieur Camille Laurin,
Monsieur Denis Lazure,
Madame Linda Lefèbvre,
Monsieur Gilles Lortie,
Monsieur Jacques Mackay,
Monsieur Gilbert Matte,
Monsieur Raymond Matte,
Madame Céline Mercier,
Monsieur Jean-Eudes Morin,
Madame Louise Nadeau,
Madame Daphné Namiash,

Monsieur Jacques Potvin,
Monsieur Raymond Quévillon,
Madame Lucienne Robillard,
Monsieur Louis Roy,
Monsieur Fernand Royal,
Monsieur Bernard Saulnier,
Monsieur Denis St-Gelais,
Madame Micheline Thibault,
Madame Deborah A. Trent,
Monsieur John Wolwertz,
Monsieur Pierre-Paul Yale.

Des remerciements sont adressés pour une raison semblable à Monsieur P.A. Bernier, Directeur général du Centre hospitalier Robert-Giffard, ainsi qu'à tous les autres membres de l'équipe de direction de cet hôpital.

De tels remerciements sont également adressés à tous les membres de la commission Rochon.

* * *

Le Comité veut aussi exprimer sa gratitude aux organismes provinciaux qui lui ont adressé et présenté un mémoire ou du matériel écrit. Ces remerciements sont plus précisément adressés:

- à l'Association canadienne pour la santé mentale, Division du Québec,
- à l'Association des centres de services sociaux du Québec,
- à l'Association des hôpitaux du Québec,
- à l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec,
- à l'Association des psychiatres du Québec,
- à la Conférence des CRSSS du Québec,
- au Conseil des cliniciennes et des cliniciens en psychiatrie communautaire et en santé mentale,
- à la Corporation professionnelle des psychologues,
- à la Fédération des CLSC du Québec,
- à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec,
- à la Fédération québécoise des parents et ami(e)s du malade mental,

- à l'Office des personnes handicapées du Québec,

- au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

* * *

Le Comité est aussi très reconnaissant envers les organismes syndicaux qui ont bien voulu le rencontrer et lui communiquer leurs positions pertinentes. Il adresse en conséquence des remerciements:

- à la Centrale de l'enseignement du Québec,

- à la Confédération des syndicats nationaux,

- à la Fédération des Affaires sociales,

- à la Fédération des infirmières et infirmiers unis,

- à la Fédération des professionnelles et professionnels salariés(es) et cadres du Québec,

- à la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers,

- à la Fédération des travailleurs du Québec,

- au Syndicat canadien de la fonction publique,

- à l'Union des employés de service (local 298).

Le Comité remercie de plus la Fédération des syndicats professionnels des infirmières et infirmiers du Québec pour l'information transmise.

* * *

Le Comité remercie aussi tous les groupes et toutes les personnes qui lui ont transmis de l'information ou qui lui ont adressé un mémoire pour l'aider dans la réalisation de son mandat. Ces remerciements s'adressent plus particulièrement:

- à Auto-psy,

- à Monsieur Léo-Paul Beausoleil,

- à Monsieur S. Benaroya,

- à la Chambre de commerce du Québec,

- aux Chefs de département de psychiatrie de la région 03,
- à un groupe formé de Madame Andrée Codebecq, Madame Murielle Fournier, Madame Claire Landry, Madame Louise Landry Balas, Monsieur Pierre Létourneau,
- au Comité consultatif régional en santé mentale (région no 2, Saguenay - Lac St-Jean),
- au Comité de bénéficiaires de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine,
- au Comité pour la protection de la jeunesse,
- au Conseil québécois de la recherche sociale,
- au Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval,
- au Département de santé communautaire du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Gaspé,
- au Département de service social du Centre hospitalier Douglas,
- à la Fédération des cégeps,
- à un groupe formé de Mesdames Louise Giasson-Caron, Gisèle Leblanc-Dallaire et Louise Provencher,
- à la Maison St-Jacques,
- à Monsieur Michel J. Messier,
- à Monsieur Pierre Migneault,
- à Monsieur J. Potvin,
- au Regroupement des infirmières de Cégep du Québec,
- au Réseau d'aide Le Tremplin Inc.,
- à Monsieur Jean-François Saucier,
- à Monsieur Hubert Wallot.

* * *

Le Comité adresse de plus des remerciements aux personnes suivantes qui ont accepté de prendre connaissance du contenu de son projet de politique, à un moment de son développement, et de le commenter:

- Monsieur Jean-Marc Antoine,
- Madame Françoise Boudreau,
- Madame Ellen Corin,
- Madame France Fréchette,
- Monsieur Frédéric Grunberg,
- Monsieur Jérôme Guay,
- Monsieur Laurent Houde,
- Monsieur Denis St-Gelais,
- Madame Lise Tessier.

Des remerciements sont adressés pour une même raison à Monsieur Norman Sartorius, de l'OMS, et aux membres de la Commission Rochon.

* * *

Le Comité remercie enfin Monsieur H.B.M. Murphy pour services rendus, et les groupes Gifric et Cosame pour leur invitation à participer à leur colloque de novembre 1986. Il adresse ses derniers remerciements, et non les moindres, à toutes les unités du ministère de la Santé et des Services sociaux qui lui ont apporté leur précieux concours durant la réalisation de son mandat, notamment la Direction générale de la planification et de l'évaluation, la Direction de la santé mentale, la Direction des services juridiques (Me Louise Bourget et Me Laurence Demers), la Direction des communications (Mesdames Chantal Roy, Danielle Stanton et Anne Vallière, Messieurs Hervé Anctil, Jean Mongrain et Benoît Roy), la Direction des ressources humaines (Madame Ginette Garneau), la Direction générale des relations de travail et le Service des données financières et opérationnelles de ce ministère.

* * *